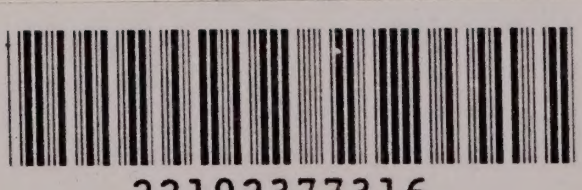
L11 C(2)



54

Maximen

der

Kriegsheilkunst.

G

Von

Dr. L. Stromeyer,

Königl. Hannoverschem Generalstabsarzte, Ritter des Königl. Preussischen rothen Adlerordens vierter Classe und des Königl. Sächsischen Civil-Verdienstordens, Mitgliede der Kaiserl. Russischen Academie der Medicin zu St. Petersburg und der Königl. Belgischen Academie zu Brüssel etc.

Erste Abtheilung.

Hannover.

Hahn'sche Hofbuchhandlung.

1855.

MILITARY & NAVAL MEDICINE, Tex
: 19 cm

WELLCOME HISTORICAL MEDICAL LIBRARY

305969

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. WA:
WB 100
1855
S92m

M15005

Vorrede.

Das nachfolgende Werk enthält, in wissenschaftlicher Form, die Denkwürdigkeiten meines Lebens aus den Jahren 1848, wo ich in Freiburg zuerst Gelegenheit hatte, Schusswunden zu beobachten und 1849 bis 1851, wo ich Generalstabsarzt der schleswig-holsteinschen Armee war.

Nach Beendigung des Krieges versuchte ich es zu meinen früheren literarischen Arbeiten zurückzukehren und hatte die Absicht, meine Erfahrungen im Felde dem zweiten Bande meiner Chirurgie einzuverleiben. Ich fand indess, dass dieselben in meinem Kopfe zu viel Platz einnähmen, um andere Forschungen daneben aufkommen zu lassen und entschloss mich sie

niederzuschreiben, so lange meine Erinnerungen noch nichts von ihrer Frische verloren hatten.

Mit der Publication meiner Erfahrungen habe ich mich nicht übereilt. Nach meiner Ansicht übernimmt ein Schriftsteller, welcher die Hoffnung hegt, dass seine Worte Beachtung finden werden, eine grosse Verantwortlichkeit bei der Aufstellung von Grundsätzen für die Kriegsheilkunst, da dieselben nicht bei einzelnen, sondern meistens bei vielen gleichartigen Fällen in Anwendung gezogen werden sollen, und unter Umständen, wo die Wahl des Arztes, nicht wie im bürgerlichen Leben, den Patienten frei steht. Meine gegenwärtige Stellung lässt mir diese Verantwortlichkeit nur um so grösser erscheinen. Nichts desto weniger habe ich mich, im Bewusstsein eines redlichen Willens, nicht gescheut, das unter andern Verhältnissen Geschriebene jetzt der Oeffentlichkeit zu übergeben. Eine grosse tapfere Nation muss Werke der Art wie das vorliegende haben und wenn das meinige nichts taugt, so möge doch bald ein bessrer Mann sich die Mühe geben, eins zu erleben und zu

schreiben, ich habe nicht des Beifalls meiner Zeitgenossen wegen gearbeitet, sondern mit dem Wunsche meinem Vaterlande zu dienen.

Ich bedaure, dass ich dieses Werk vorläufig ohne den schönen Schmuck erscheinen lassen muss, welchen mein Freund Mencke in Itzehoe, früherer Oberarzt des zweiten holsteinschen Dragoner-Regiments demselben zugedacht hatte. Seine vortrefflichen Zeichnungen, nach Präparaten verletzter Knochen, würden Vieles anschaulicher gemacht haben. Hoffentlich werden die Umstände es mir bald gestatten, dieselben in würdiger Nachbildung folgen zu lassen.

Hannover, den 6. März 1855.

Inhalt.

Erste Abtheilung.

Seite

Vorrede I
Einleitung 1
Das militairärztliche Personal 8
Das pharmaceutische Personal 9
Die Ausrüstung des Militair-Sanitätswesens 10
Das Lazarethwesen 12
Von der Ambulance 32
Reglements und Instructionen für den Sanitätsdienst ... 38
Rapportwesen 41
Von den Wunden durch Kriegswaffen 45
Beschaffenheit der Geschosse 47
Die Propulsion der Geschosse 51
Der Auffallswinkel der Geschosse 52
Der Widerstand der getroffenen Theile 53
Verletzungen der Haut 55
Hautstreifschüsse 56
Verletzungen der Muskeln und Aponeurosen 58
„ des Nervensystems 59
Nervenentzündung 81
Therapie der traumatischen Hyperästhesie 84
Verletzungen der Blutgefässe 89
Blutungen und Blutstillung 103
Venenblutungen 103
Arterienblutungen 105
Phlebostatische Blutungen 115

Seite

Hämostatische Operationen 129
Practische Regeln dafür 141
Operative Cautelen dabei 147
Knochenverletzungen 153
Gelenkverletzungen 170

Verlauf der Schusswunden im Allgemeinen 176
Die Expulsion der Wundsecrete und fremden Körper ... 189
Accessorische Einwirkungen auf den Verlauf der Schusswunden 195
Folgen accessorischer Schädlichkeiten bei Verwundeten 207
Einfluss des Eiterdunstes auf Gesunde und mit Wunden oder Geschwüren Behaftete 221
Pyämie 221
Hospitalbrand 267

Behandlung der Verwundeten auf dem Schlachtfelde 274
Extraction der fremden Körper 275
Grössere chirurgische Operationen auf dem Schlachtfelde 279
Indicationen zur Amputation oder Exarticulation auf dem Schlachtfelde im Allgemeinen 280
Specielle Indicationen für Amputation oder Exarticulation auf dem Schlachtfelde 283
Gelenkresectionen auf dem Schlachtfelde 288
Zeitpunct für die primäre Amputation 294
Operationstypen für Resectionen, Amputationen und Exarticulationen 295
Resectionen 296
Amputationen und Exarticulationen 298
Einzeitiger Cirkelschnitt, Celsus's Methode 300
Zweizeitiger Cirkelschnitt, Petit's Methode 302
Modificirte Cirkelschnitte 306
Lappenschnitt von aussen nach innen, Langenbeck's Methode 309
Lappenschnitt von innen nach aussen 312
Wahl der Amputationsstelle im Allgemeinen 315
Wahl der Methode für die Gliederablösung im Besondern 316
Indicationen für Spätamputationen 335

Seite
Blutstillung, Verband und Nachbehandlung Amputirter.. 348
Verlauf der Amputationen bei Ausschluss der Pyämie 356
Verlauf der Amputationen unter dem Einflusse der Pyämie 361
Verbände und andere Hülfsleistungen auf dem Schlachtfelde.... 365
Behandlung der Verwundeten im Lazarethe..... 377

Zweite Abtheilung.

Verletzungen der einzelnen Theile.

Kopfverletzungen..... 397
Die Kugel geht durch den Kopf..... 401
Die Kugel dringt bis in das Gehirn..... 403
Die Kugel bleibt in der Schädelwunde stecken..... 408
Die Kugel hat sich in der Schädelwunde zerschnitten.. 411
Die Kugel zerbricht beide Tafeln der Hirnschale..... 412
Die Kugel zerbricht die innere Tafel ohne die äussere zu lädiren 419
Die Kugel verletzt nur die äussere Tafel..... 423
Die Kugel contundirt den Schädel ohne ihn zu zerbrechen 424
Die Kugel verwundet die Kopfbedeckungen allein..... 426
Analyse der Erscheinungen, welche den Kopfverletzungen folgen können..... 429
Von der Hirnerschütterung..... 430
Therapeutische Indicationen..... 444
Von dem Hirndrucke 447
Congestion und entzündliche Reaction..... 464
Traumatische Kopfrose..... 465
Traumatische Phlegmone der Schädelbedeckungen..... 466
Ostitis cranii traumatica..... 467
Reaction des Gehirns und seiner Häute bei Kopfverletzten 483
Primäre Encephalitis..... 488
Pyämische Entzündungsprocesse bei Kopfverletzten, Phlebitis encephalica 507
Secundäre Encephalitis und Ostitis cranii..... 510
Typhus bei Kopfverletzten..... 525

Seite

Delirium tremens bei Kopfverletzten 526
Behandlung 528
Verletzungen des Auges 563
„ des Ohres 565
„ der Nase 567
„ des Oberkiefers 568
„ des Unterkiefers 569
„ des Gesichts im Allgemeinen 573
„ des Halses 576
„ des Thorax 585
Contusionen des Thorax 586
Verletzungen der Weichtheile des Thorax 587
Nichtpenetrirende Schussfracturen 589
Penetrirende Thoraxwunden 594
Von den Gefahren der penetrirenden Brustwunden. 606
Allgemeine Regeln für die Behandlung penetrirender Brustwunden 618
Verletzungen des Unterleibes 629
Stich- und Hiebwunden des Bauches 640
Verletzungen des Beckens 646
Verletzungen des Beckens und der von ihm eingeschlossenen Eingeweide 655
Verletzungen des Rückens und der Wirbelsäule 669
Verletzungen der Extremitäten im Allgemeinen 674
Behandlung der Schussfracturen der Extremitäten im Allgemeinen 682
Verletzungen des Schlüsselbeins 686
„ „ Schulterblatts 688
„ „ Schultergelenks 691
Schussfracturen der Diaphyse des Humerus 696
Verletzungen des Ellenbogengelenks 697
„ „ Vorderarms 701
„ der Hand 705
„ „ Unterextremität 707
„ des Hüftgelenks 711
Schussfracturen der Diaphyse des Femur 716

Seite

Verletzungen des Kniegelenks 727
Einfache Kapselwunden des Kniegelenks..... 728
Kapselwunden mit Knochenverletzungen 732
Verletzungen des Unterschenkels..... 742
„ „ Fussgelenks..... 747
„ „ Fusses..... 748
Künstliche Glieder..... 749
Statistische Tabellen..... 752

Seite
Verletzungen des Kniegelenks 121
Einfache Kapselwunden des Kniegelenks 124
Kapselwunden mit Knochenverletzungen 132
Verletzungen des Unterschenkels 143
„ „ Fussgelenks 161
„ „ Fusses 186
Tabellen über 210
Statistische Tabellen 252

Auf dem Continente, sagt Hennen, hält man die Bildung eines Arztes erst dann für vollendet, wenn er ein oder zwei Feldzüge mitgemacht hat. Diese Idee hat auch mich durch das Leben begleitet; indess war es erst meinen reiferen Jahren vorbehalten, diese Schule durchzumachen. Ich kann nicht sagen, dass ich dies sehr beklage. Es ist nicht zu läugnen, dass der ärztliche Dienst im Kriege viel Belehrendes, Geist und Charakter Förderndes habe, aber die Beobachtungen im Felde sind zu massenhaft, zu sehr auf kurze Zeiträume zusammengedrängt, um als Material für eine solide Bildung gehörig verarbeitet werden zu können. Wer die letztere bereits mitbringt, kann viel nützen und lernen, wer dies nicht thut, verbringt die kostbarsten Augenblicke mit unnützen Versuchen und erlernt im glücklichsten Falle die Routine seiner Collegen. Das letztere wäre immerhin kein verächtliches Resultat, wenn nicht in langen Friedensjahren das Meiste wieder vergessen würde, was frühere Militairärzte erfahren und zum Theil in trefflichen Werken aufgezeichnet haben. Bei den kriegerischen Bewegungen, welche während der letzten Jahre in Deutschland Statt gefunden haben, griffen die jungen Aerzte nicht nach den Schriften von Larrey, Guthrie und Hennen oder des verstorbenen Langenbeck, sondern nach dem flüchtigen Pariser Fabrikat, welches die Verhandlungen über Schusswunden in der

Akademie der Medicin enthält, aus denen sich ein Jeder herauslesen kann was er will, da dasselbe keine Grundsätze vertritt, sondern eine Menge zum Theil widersprechender, individueller Ansichten mittheilt. Ohne bestimmte allgemeine Grundsätze ist aber im Felde am wenigsten auszukommen. Es wäre sehr zu wünschen, dass Diejenigen, welchen die Bildung der jüngeren Generation von Aerzten obliegt, die Lectüre klassischer Schriften auf alle Weise zu fördern suchten! Es würde ein dankenswerthes literarisches Unternehmen sein, aus den Schriften der Aerzte, von der Erfindung des Schiesspulvers her, bis auf unsre Zeit, Auszüge zu machen, welche den Beweis lieferten, dass gewisse Grundsätze zu allen Zeiten Anerkennung gefunden haben und ferner hoch gehalten werden müssen. Dabei ist freilich nicht zu übersehen, dass jede Zeit auch die Verpflichtung habe die, mittlerweile auf dem Gesammtgebiete der Heilkunst gemachten, Fortschritte auch auf die Kriegsheilkunst anzuwenden. Soll dies aber mit Sicherheit geschehen, so muss das Verfahren und der Erfolg unsrer Vorfahren genau bekannt sein.

Viele von den jungen Aerzten, welche aus Eifer für die Wissenschaft den Kriegsdienst gesucht hatten, sind mit getäuschten Erwartungen heimgekehrt. Während des Krieges machen eigentlich nur diejenigen ärztliche Beobachtungen, welche an den Lazarethen dienen, und diese bilden die kleinere Zahl. Ich habe mich bemüht, als Dirigent des Militair-Medicinalwesens der Herzogthümer, diesen Uebelstand so zu vermindern wie der Dienst es erlaubte. Es fand ein regelmässiger Wechsel statt unter denen, welche an die Lazarethe commandirt

wurden, natürlich mit gehöriger Rücksicht auf geistige und körperliche Befähigung. Obgleich die Mehrzahl der Aerzte bestimmten Truppentheilen beigegeben wurde, so war doch mit Zustimmung der commandirenden Generäle ihre Verwendung während des Krieges eine völlig freie. Jeder Truppentheil hatte eigentlich mehr Aerzte als er im Felde nöthig hatte, und konnte daher einen oder mehrere an die Lazarethe abgeben.

Es ist freilich nicht zu läugnen, dass diese Einrichtung bei den Aerzten mehr Beifall fand als bei den Officieren, welche sich am wenigsten gern im Felde von bekannten Aerzten trennen. Wenn indess bei jedem Truppentheile ein oder mehrere länger mit demselben bekannte Aerzte bleiben, so ist der Nachtheil der Abcommandirung einzelner nicht in Betracht zu ziehen, und man erreicht dadurch den grossen Vortheil, auch an den Lazarethen wirkliche Militairärzte verwenden zu können, was im Interesse der Ordnung und der Simulanten wegen sehr nothwendig ist. Verwendet man an den Lazarethen grösstentheils Civilärzte oder neugeworbene Militairärzte, so werden die Simulanten sehr zahlreich sein und viele Unordnungen entstehen, die ein älterer Militairarzt leicht vermeidet. Ausserdem muss es doch auch der Zweck der Militairärzte sein, die Kranken und Verwundeten des Heeres, dem sie angehören, im Kriege zu behandeln und nicht diese Sorge andern zu überlassen, wie dies jetzt noch vielfach geschehen ist und natürlich die Folge hatte, dass Militairärzte ein Paar Feldzüge mitmachten, ohne je einen Verwundeten behandelt zu haben, wenn man von dem ersten Verbande auf dem Schlachtfelde absieht.

Will der Staat, dass seine Kranken und Verwundeten im Kriege von Militairärzten behandelt werden, und dies muss er doch wollen, da das Gegentheil für den Dienst den grössten Nachtheil hat, so ergiebt sich daraus für die Organisation des Armee-Medicinalwesens ein wichtiges Princip, nämlich dass jeder isolirte, grössere Truppenkörper, Regiment oder Bataillon wenigstens zwei durchgebildete Aerzte erhalten müsse, welche sich gegenseitig zu ersetzen im Stande sind, damit im Kriege einer von Beiden an die Lazarethe commandirt werden könne. Dieser Grundsatz, welcher in Bezug auf die Officiere längst in Anwendung gebracht worden ist, scheint mir auch bei dem ärztlichen Personale unentbehrlich. Aerzte, welche Soldaten behandeln sollen, müssen mit ihnen umzugehen gelernt haben und ein exacter Dienst muss ihnen zur Gewohnheit geworden sein. Findet der vorhin aufgestellte Grundsatz Anerkennung, so ergeben sich daraus andere Consequenzen für das Armee-Medicinalwesen. Niemand wird läugnen, dass bei so wichtigen Anlässen jeder möglichst auf den Platz gestellt werden müsse, den er am besten auszufüllen im Stande ist. Soll dies in Betreff der Aerzte geschehen, so ist es nothwendig, dass ihre Rangverhältnisse so einfach wie möglich geordnet sind. Dem Wesen nach zerfallen die Militairärzte in 3 Classen: 1) in das leitende (dirigirende), 2) heilende (ordinirende) und 3) helfende (assistirende) Personal. Das leitende Personal ist zum Theil ein ständiges, zum grössten Theil aber im Kriege ein für bestimmte Zwecke mit gewissen Vollmachten versehenes, temporäres. Dahin gehören z. B. die Oberleitung der Ambulancen, die Wahrnehmung der gemeinschaft-

lichen Interessen der an einem Orte vereinigten Lazarethe, Commissionen zur Inspection von Lazarethen etc. Im Frieden ist von solchen Aufträgen wenig die Rede. Die Reformvorschläge der neuern deutschen Militairärzte laufen aber jetzt meistens darauf hinaus, auf die im Kriege nothwendig werdenden, besondern Vollmachten eine militairärztliche Hierarchie zu gründen, deren Nomenclatur sehr mannigfaltig ist. Nach meiner Ueberzeugung werden diese Versuche keinen Erfolg haben, weil sie sich auf kein wahres Bedürfniss stützen und deshalb keine Unterstützung finden. In den meisten Heeren hat man die Zahl der sogenannten ärztlichen Chargen allmählig immer mehr vermindert, weil man sie, namentlich im Frieden, gar nicht anzubringen wusste. Mir scheint die Zeit nicht fern zu liegen, wo man mit Ausschluss eines kleinen ständigen dirigirenden Personals die Militairärzte nur in ordinirende und assistirende eintheilen wird. Sollte es erforderlich sein, dass man den Aerzten nicht bloss ein Avancement in der Einnahme, sondern auch im Range eröffne, so dürfen diese Rangerhöhungen keinen Einfluss im Kriege ausüben, jeder muss auf den Platz gestellt werden können, den er am besten ausfüllen wird. Da dies aber zu unangenehmen Conflicten führt, so ist es besser dem auszuweichen.

In Betreff der besondern Qualification zerfallen die Aerzte in folgende Classen:

1) In solche, welche durch die Vielseitigkeit ihrer Talente, durch Charakter und Erfahrung im Dienste und kräftige Gesundheit jeder Aufgabe gewachsen sind.

2) In solche, welche sich durch kräftige Gesundheit, durch besondere Gewandtheit im Verkehr mit Officieren

und Mannschaft, besonders für den Dienst bei den Truppen eignen.

3) In solche, die sich am meisten für die Behandlung innerer oder äusserer Kranken in Lazarethen eignen.

4) In solche, welche, als erfahrene Chirurgen und Operateure mit jugendlichen Kräften, für die Ambulance geeignet sind.

5) Diejenigen, welche besonders Geschick und Neigung für die Administration, für Listen und Rechnungswesen zeigen. Ein wohlgeordneter Militairstaat erzieht sich diese Leute. In einem neugeworbenen Heere gehören sie zu den Seltenheiten.

6) Diejenigen endlich, welche man so bald wie möglich wieder entfernen muss, weil sie ihrem Stande keine sonderliche Ehre machen. Solcher Leute wegen darf, bei einer plötzlichen, bedeutenden Vermehrung des militairärztlichen Personals, die Anstellung nur provisorisch sein.

Diese Eigenschaften der Militairärzte können einem aufmerksamen Chef nicht lange verborgen bleiben und geben eine nützlichere Basis für die Verwendung im Kriege als die vorgeschlagenen Ranglisten, welche man sich vergebens bemüht hat zu erfinden und zu definiren, ohne zu bedenken, dass die Qualification in einiger Beziehung durch das Alter zunimmt, in anderer Beziehung abnimmt, abgesehen von den individuellen Fortschritten in der Heilkunst, da einige fortstudiren, andere stehen bleiben; ihr Rang möge sein, welcher er wolle. Will der Chef des Militair-Medicinalwesens in dieser Beziehung fortwährend genau Bescheid wissen, so darf das Rapportwesen nicht auf Zahlen allein beruhen, son-

dern die Gelegenheit zu wissenschaftlichen Bemerkungen darbieten.

Die ordinirenden Militairärzte werden in unserer Zeit fast in allen Staaten aus der Zahl der auf Universitäten gebildeten Aerzte genommen und es verschwinden allmählig die besondern Bildungsanstalten für Militairärzte. Dieser Grundsatz ist jetzt unstreitig der richtige, weil er ausführbar geworden ist. Indess sollte man doch nicht gar zu eilig sein, diese Anstalten mit Stumpf und Stiel auszurotten, man könnte sie ja reformiren und zur weiteren Ausbildung verwenden. In Friedenszeiten kommen beim Militair so wenig chirurgische Operationen vor, dass die älteren Militairärzte ihre Chirurgie verlernen, wenn sie nicht zufällig durch ihre Privatpraxis daran gehindert werden. Es ist deshalb wünschenswerth, dass sich der Staat die Benutzung grosser Civilspitäler, zur weitern Ausbildung seiner Militairärzte, reservire und nach einem Turnus die jüngern Militairärzte dahin commandiren lasse. Diese können nachher dazu dienen die Fortschritte der Heilkunst, so weit dieselben in grossen Krankenanstalten sich bewähren, weiter zu verbreiten. Der Sturm, welchen man fortwährend gegen das Berliner Friedrich Wilhelms Institut läuft, würde vermuthlich nie versucht worden sein, wenn man nicht aus dessen Zöglingen eine priviligirte Kaste gemacht hätte.

Die Hülfsärzte werden in den deutschen Staaten aus zwei verschiedenen Classen entnommen. In einigen Staaten stellt man nur promovirte Aerzte an, welche fähig sind zu avanciren. Diese Einrichtung wird immer allgemeiner werden, je mehr die bestehenden Bildungs-

anstalten für Militairärzte verschwinden und die jüngern Aerzte sich also erst im Dienste weiter auszubilden haben. In andern Staaten werden auch nicht promovirte Aerzte und Wundärzte verschiedener Classen zu den untersten Graden zugelassen, welche auf Avancement keine Aussicht haben. Im Kriege sind geschickte und bescheidene Leute dieser Art, welche gut verbinden und auf Ordnung halten, von grossem Nutzen, indess sind ihre Dienste doch nicht höher anzuschlagen als die eines geschickten Krankenwärters und es ist jedenfalls vorzuziehen, den Stand der Krankenwärter zu heben und weiter auszubilden, als eine Classe von Praktikern zu schaffen, die bei ihrer unvollständigen Bildung sich selbst und dem Publicum zur Last fallen. Es liegt ein zu grosser Egoismus darin, dergleichen Leute nur zu bilden, um sich ihrer im Felde zu bedienen und sie dann ihrem traurigen Schicksale zu überlassen.

Ich benutze diese Einleitung um einige Nachrichten über das schleswig-holsteinsche Armee-Medicinalwesen zu geben, dem ich vorzustehen die Ehre gehabt habe.

Das militairärztliche Personal.

Das ständige dirigirende Personal bestand aus einem Generalstabsarzte und einem Generalarzte.

Die ordinirenden Aerzte bestanden aus den Oberärzten und den Assistenzärzten erster Classe. Die Oberärzte hatten Hauptmanns-Rang, die ältere Hälfte hatte die Gage der Hauptleute erster Classe, einige der ältesten eine persönliche Zulage; die jüngere Hälfte den der Hauptleute zweiter Classe. Die Assistenzärzte erster Classe hatten Rang und Gage der Premier-Lieutenants,

die Assistenzärzte zweiter Classe Rang der Seconde-Lieutenants. Aerzte, welche noch kein Examen bestanden hatten, wurden Unterärzte genannt, erhielten keinen Officiersrang, aber die Competenzen des Seconde-Lieutenants.

Jedes Bataillon hatte einen Oberarzt, einen Assistenzarzt erster Classe und 2 Assistenzärzte zweiter Classe. Wurde der Oberarzt abcommandirt, so übernahm der Assistenzarzt erster Classe dessen Functionen.

Erfahrne Civilärzte, welche an ihrem Wohnorte die Leitung der Lazarethe übernahmen, erhielten die Competenzen der Hauptleute zweiter Classe.

Ohne Rücksicht auf Anciennetät wurden zu ordinirenden Aerzten der Lazarethe die Oberärzte und Assistenzärzte erster Classe commandirt. Zur Oberaufsicht über sämmtliche Lazarethe an Orten wo sich deren mehrere befanden, wurde in der Regel ein Oberarzt gewählt, welcher den bescheidenen Titel: Mitglied der Lazareth-Commission führte. Die Hauptaufgabe desselben war die Theilnahme an den Arbeiten der Lazareth-Commission. In der Regel übernahm derselbe noch die Ordination in einem oder mehreren Lazarethen. Von den übrigen ordinirenden Aerzten konnte derselbe consultirt werden, hatte indess kein Recht sich in die Behandlung einzumischen, wenn sein Rath nicht verlangt worden war.

Das pharmaceutische Personal.

Dies bestand zunächst aus dem Vorstande eines Medicamenten-Depots, mit einigen Apothekern und Commandirten. Das Depot bezog seine Arzneien direct von

den Droguisten und versorgte die Lazareth-Apotheken und die Medicinkisten der Bataillone. Im Felde konnten sich die Aerzte mit ihren Requisitionen auch an den Apotheker der Ambulance wenden, dessen Vorrath für diese Aushülfe näher und hinreichend war.

Ausserdem wurden Feldapotheker in geeigneter Zahl nach den Orten detachirt, an welchen sich grössere Lazarethe befanden. Nur an Orten, deren Lazarethe weniger als 50 Betten enthielten, wurde die Ortsapotheke benutzt. Es hat sich aus der Rechnungsablage zur Genüge ergeben, dass, bei möglichst guter Qualität der Medicamente, die Kosten dafür sich geringer herausstellten, als bei Benutzung der Ortsapotheken, welche auch gar nicht ausreichen, wenn plötzlich grosse Lazarethe an Orten errichtet werden, welche nur eine oder zwei Apotheken besitzen.

Der Depotvorstand hatte die Competenzen des Premier-Lieutenants, die Feldapotheker die des Seconde-Lieutenants.

Die Ausrüstung des Militair-Sanitätswesens.

Für den Feldzug von 1849 wurde dafür mit grosser Liberalität gesorgt. Indess fiel nicht alles nach Wunsch aus. Anstatt der kleinen, leichten Krankenwagen, wie die Nassauschen, welche denen ähnlich sind, die Eichheimer abgebildet hat, entschied sich das General-Commando für grosse 4spännige Omnibus, welche freilich sehr bequem, aber nur auf Chausseen zu gebrauchen waren, und den Bataillons, deren jedes einen erhielt, nur mit grosser Mühe nachgeschleppt werden konnten. Sie wurden deshalb im nächsten Feldzuge zum Theil

zu Hause gelassen, zum Theil für den Dienst zwischen den einzelnen Lazarethen verwendet; es nahm nur jede Brigade einen davon mit in das Feld. Für den eigentlichen Felddienst hatten sie also gar keinen Nutzen.

Mit den Medicinwagen ging es ungefähr ebenso. Sie waren nach einem sehr zweckmässigen Modelle gearbeitet, welches in einem 4rädrigen Wagen bestand, der hinten wie ein Schrank geöffnet werden konnte und deshalb sehr bequem zu benutzen war. Sie wurden jedoch so schwerfällig gearbeitet, dass 2 Pferde dieselben nur auf guten Wegen fortbringen konnten. Sie wurden deshalb im nächsten Feldzuge grösstentheils zu Hause gelassen und es nahm nur jede Brigade einen davon mit, der Bedarf des Bataillons wurde in einer Medicinkiste untergebracht. Sehr nützlich bewiesen sich die Tragbahren, aus 2 Stangen, einem leinenen Sack und 2 Querhölzern mit kurzen Füssen nach einem Modelle des Generalarztes Dr. Niese. Jede Compagnie führte 4 davon bei sich.

Ebenso liberal war die Ausrüstung mit Instrumenten und Bandagen. Jedes Bataillon, welches mit Instrumenten und anderen Requisiten hinreichend versehen war, um eine eigene Ambulance zu constituiren, hatte einen vollständigen Instrumenten- und Bandagen-Apparat, welcher im Medicinwagen transportirt wurde. Ausserdem besass die Ambulance einen grossen Vorrath von chirurgischen Instrumenten und Verbandmitteln, um die Lazarethe zu versorgen, sobald sie ins Leben gerufen waren.

Es zeigte sich indess, dass bei dem coupirten Terrain des Kampfplatzes die Bataillonsärzte sich nicht auf

grosse Operationen einlassen konnten, deshalb wurden im folgenden Feldzuge die dazu erforderlichen Requisiten auf dem Brigade-Ambulance-Wagen aufbewahrt.

Jeder Militairarzt erhielt eine Tasche zur Aufbewahrung einiger Arzneien in einem Blechkasten und einige Verbandmittel. Jede Compagnie hatte einen Bandagen- und einen Medicamententräger, deren Tornister für diesen Zweck eingerichtet waren. Für sein chirurgisches Taschenbesteck musste jeder Arzt selbst sorgen, doch wurde der Abgang häufig von der Ambulance ersetzt.

Das Lazarethwesen.

Die Feldlazarethe zerfallen ihrer Lage nach in 3 Classen. Die der ersten Linie, welche dem kämpfenden Heere möglichst nahe liegen, dienen zur Aufnahme Schwerverwundeter und acuter Kranken, welche keinen weiten Transport vertragen, oder auch für sehr leicht Erkrankte, die in einigen Tagen wieder dienstfähig sind, z. B. die Krätzkranken.

Die der zweiten Linie dienen zur Aufnahme der Mehrzahl der Kranken und Verwundeten,

die der dritten Linie für Reconvalescenten und chronische Kranke.

Der commandirende General bestimmt die Plätze, an denen Lazarethe errichtet werden sollen, die passende Anlegung und Benutzung derselben ist dann Sache der Aerzte. Wenn nicht bedeutende endemische oder epidemische Krankheiten, welche ausser aller Berechnung liegen, zu besorgen sind, so kann man annehmen, dass, nach grösseren Gefechten, eine Bettenzahl von 12 Proc. der präsenten Mannschaft gerechnet werden müsse.

In den schleswig-holsteinischen Feldzügen bot das Lazarethwesen nicht geringe Schwierigkeiten dar, wegen des Mangels an grossen Städten und grossen Gebäuden und der daraus hervorgehenden Nothwendigkeit, die Linie der Spitäler durch das ganze Land zu führen. Im Feldzuge von 1849 erstreckten sich die Hospitäler von Horsens bis Altona. Dieser Zustand würde unerträglich gewesen sein, wenn nicht das Land einen solchen Ueberfluss an Pferden und Wagen besässe. Für die Verwundeten war dies sehr nachtheilig, dagegen gewährte es den bedeutenden Vortheil, dass, bei der Kleinheit der einzelnen Lazarethe, diese nicht zu Infectionsheerden werden konnten. Das Land wurde dadurch vor den, dem Kriege so oft nachfolgenden, Seuchen bewahrt, welche mörderischer zu sein pflegen als die blutigsten Schlachten.

Die Auswahl der für Lazarethe geeigneten Localitäten geschah meistens durch den Generalarzt oder Generalstabsarzt. Ich hatte es mir zum Grundsatze gemacht, meine Forderungen in dieser Beziehung so hoch als möglich zu stellen, immer die besten Gebäude zu verlangen, und habe dadurch manches Gute erreicht. Sind erst einmal eine Anzahl guter Localitäten in Gebrauch, so hilft nachher jeder die schlechten auszumerzen.

Die Anschaffung der Lazarethrequisiten war Sache der Intendantur. Die Requisitionen geschahen durch die Lazareth-Commissionen, welche überall eingesetzt wurden, wo sich Spitäler befanden. Diese bestanden aus einem Officier, welcher gewöhnlich der Commandant des Platzes war, und vom Generalcommando ernannt

wurde, einem Arzte, welchen der Generalstabsarzt einsetzte, und einem, oder mehreren, Bürgern des Ortes, welche auf Veranlassung des Magistrats meistens freiwillig dieses Amt übernahmen. An jedes einzelne Lazareth wurde vom Generalcommando ein Inspections-Unterofficier commandirt, welcher die Ordnung aufrecht zu erhalten hatte und einen Theil der Listen führte. In den meisten grössern Lazarethen wohnte ein Arzt oder mehrere.

Das ärztliche Mitglied der Lazareth-Commission hatte die passende Vertheilung der Kranken in den verschiedenen Lazarethen zu dirigiren und die Salubrität der Spitäler im Allgemeinen zu überwachen, die erforderlichen Evacuationen einzuleiten, theils nach höherm Befehl, theils nach eignem Ermessen. Zu diesem Zwecke standen die einzelnen Lazareth-Commissionen unter einander in Verbindung und theilten sich ihre Listen mit.

Das militairische Mitglied der Commission hatte für die Disciplin in den Spitälern mit zu sorgen, die gehörige Aufbewahrung der Waffen und Effecten zu beaufsichtigen.

Das bürgerliche Mitglied war behülflich in der Auffindung neuer Localitäten, bei der Abschliessung von Contracten über Lieferungen und Kost für die Spitäler. Diese Contracte wurden jedoch von der Intendantur abgeschlossen.

Die Anlegung der Spitäler erster Linie beim Vorwärtsrücken des Heeres geschah mit Hülfe der Requisiten der Ambulance, welche dann von der Intendantur sofort wieder ersetzt wurden.

Nach älteren Instructionen war für jedes Bett ein

Raum von 40 Quadratfuss in Anspruch genommen. Ich fand, dass dies nur für sehr leicht Erkrankte hinreichend sei und suchte überall wenigstens 50 Fuss zu erlangen, für Typhuskranke und Schwerverwundete 100, indem man für diese 2 Betten reservirte. Ich bemerke bei dieser Gelegenheit, dass es mir nicht richtig erscheint, wenn man den Raum für Kranke nach Cubikfussen berechnet, da die Höhe eines Zimmers dessen Flächeninhalt nicht compensiren kann. Wollte man sehr hohe Räume, Kirchen z. B. nach dem Cubikinhalte belegen, so würde dies eine gefährliche Ueberfüllung herbeiführen, weil die gefährlichen Gasarten in den untern Räumen stagniren. Rechnet man nach Quadratfussen, so muss man den Grundsatz annehmen, dass Zimmer, welche weniger als 10 Fuss hoch sind, überall nicht für Kranke geeignet gehalten werden dürfen. Auch darf man nie vergessen, dass selbst grössere Räume nur schwach belegt werden dürfen, wenn sie nicht vollständig ventilirt werden können.

Die Sache des Chefs des Medicinalwesens der Armee ist es, zum Theil nach den Winken, welche er von dem commandirenden Generale erhält, zum Theil nach ärztlichem Ermessen, die Vertheilung der Kranken im Grossen, ihre Bewegung in den Lazarethen zu leiten. Die Lazarethe theilen alle Schicksale des Krieges. Bei siegreichem Vorrücken erweitern sich die Räume, beim Zurückweichen ziehen sie sich zusammen und die Kranken müssen die Nachtheile davon empfinden, welche ja auf keine Weise zu vermeiden sind, wenn eine grosse Anzahl weiter rückwärts verlegt werden muss, theils um der Gefangenschaft zu entgehen, theils um Schwerver-

wundeten Platz zu machen. Die Schwerverwundeten haben bei solchen Gelegenheiten am meisten zu leiden, weiter Transport ist so gut wie ein Todesurtheil für sie. Die Humanität erfordert deshalb, sie lieber in die Hände des Feindes fallen zu lassen, während die erforderliche Zahl von Aerzten bei ihnen zurückbleibt. Wollte man sie ohne Aerzte zurücklassen, so wäre nicht viel gewonnen, da man nicht erwarten kann, dass der Feind hinreichend mit Aerzten versehen sei, um sich sofort der Gefangenen anzunehmen. Nach der Schlacht von Toulouse kamen, wie Guthrie erzählt, die verwundeten Franzosen, welche in die Hände der Engländer gefallen waren, erst an die Reihe als es zu spät war, um noch eine Amputation mit glücklichem Erfolge zu verrichten. Die Amputirten starben alle.

Die schleswig-holsteinischen Aerzte sind nie darüber in Zweifel gewesen, ob sie sich den Unannehmlichkeiten der Gefangenschaft zu unterwerfen hätten, wenn das Interesse der Verwundeten es erforderte. In allen 3 Feldzügen ist der Fall öfters vorgekommen und ich wüsste nicht, dass irgend einem Vorwürfe darüber gemacht wären, obgleich die meisten ohne bestimmte Ordre, sondern von den Umständen geleitet, handelten.

Nach der Schlacht bei Idstedt wurde das Experiment, die Schwerverwundeten in die Hände des Feindes fallen zu lassen, in grossem Maassstabe gemacht. Alle Umstände mussten dies gut heissen. Man hatte hinreichend Zeit gehabt, die Leichtverwundeten weiter zu schaffen, die Lazarethe in Schleswig waren ausgezeichnet schön, die der nächsten Station, in Rendsburg, höchst mittelmässig und 4 Stunden entfernt. Von der

Ueberzeugung geleitet, dass nach einer so blutigen Schlacht die Feindseligkeiten sobald nicht wieder erneuert werden würden, beschloss ich selbst bei den Schwerverwundeten zu bleiben. Da der commandirende General, Nachmittags 5 Uhr, die Verwundeten zu besuchen kam, fand ich die Gelegenheit dessen Zustimmung einzuholen. Die Behandlung, welche den Verwundeten und Aerzten von Seiten des dänischen Generals zu Theil wurde, verdient einen ehrenvollen Platz in der Kriegsgeschichte und wird hoffentlich dazu beitragen, dass man in Kriegen unter gebildeten Völkern dem Beispiele folgen möge, welches hier von beiden Seiten gegeben wurde.

Die Lazarethe zweiter Linie sind bei einer grossen Krankenzahl und wenn das Kriegstheater lange Zeit dasselbe bleibt, der Gefahr der Ueberfüllung und Infection ausgesetzt. Das Generalcommando behält die Kranken gern möglichst nahe und sieht nicht gern, dass ferner liegende Lazarethe belegt werden, wenn nicht die näher liegenden gefüllt sind. Um die Nachtheile der durch zu enge und vollständige Benutzung erfolgenden Infection der Lazarethe zu vermeiden, ist es nöthig, dass die Militairärzte sich über gewisse Grundsätze vereinigen und dieselben als unumstössliche Glaubensartikel gegen jeden Angriff vertheidigen. Die wichtigsten hierher gehörigen Grundsätze scheinen mir zu sein, dass man:

1) In die Räume, welche zur Aufnahme von Schwerverwundeten gedient haben, nicht eher wieder Frischverwundete lege, ehe dieselben einer 14tägigen Desinfection unterworfen sind.

2) Dass die für Aufnahme Schwerkranker bestimmten Lazarethe alle 2 Monate einer 14tägigen Desinfection unterworfen werden. Soll diese von Nutzen sein, so muss sie sich nicht auf einzelne Zimmer, sondern auf ganze Gebäude, oder grosse selbstständige Abtheilungen derselben erstrecken. Spricht sich die Mehrzahl der Aerzte für eine solche Maassregel aus, so wird kein Generalcommando etwas dagegen einzuwenden haben. Aber es wird schwer sein, in dieser Beziehung Einigkeit zu erzielen. Dass die chemischen Desinfectionsmittel in bewohnten Räumen von keinem Nutzen sind, wird von den schleswig-holsteinischen Aerzten jeder bezeugen, es ist Chlor genug entwickelt worden. Zugluft ist das einzige wirksame, bis jetzt bekannte Desinfectionsmittel. Wir haben dasselbe auch in den bewohnten Räumen in möglichst grosser Ausdehnung angewendet, von dem Grundsatze ausgehend, es sei besser, dass einer oder der andere Verwundete einmal Angina oder Rheumatismus bekomme, als dass viele an Pyämie zu Grunde gehen. Um diese sich vom Leibe zu halten, gehört sehr strenge Aufsicht und Selbstverläugnung von Seiten der Aerzte dazu. Wie Hennen schon bemerkt, haben die Deutschen die grösste Neigung recht warm zu sitzen und deshalb alle Luftlöcher sorgfältig zuzustopfen, er gestattete ihnen deshalb das Rauchen, doch unter der Bedingung, dass man den Rauch nicht verspüren konnte. Alle Aufmerksamkeit verdient die von von Prof. Busch kürzlich empfohlene Desinfections-Methode durch starkes, anhaltendes Einheizen, was sich in Feldlazarethen freilich nicht immer anwenden lässt.

Die Lazarethe der dritten Linie haben wieder andere

Feinde, die Simulanten und die frivolen, nicht gut in Ordnung zu haltenden Syphitischen. Es ist deshalb erforderlich, dass dieselben unter der Aufsicht von erfahrenen Militairärzten stehen, welche Scharfblick und Charakterfestigkeit mit einander vereinigen.

Sehr zweckmässig, an passenden Plätzen, nicht zu weit von der Armee entfernt, sind Lazarethe für Officiere. Es ist freilich gut, wenn in grössern Lazarethen auch einige Zimmer für Officiere eingerichtet sind, da diese aber selten dem Bedürfnisse genügen, so werden die meisten kranken Officiere in Privatquartiere gelegt und kosten den Aerzten sehr viel Zeit, ohne dass diese gerade, wie Schmucker sagt, die Zeit mit unnützem Geschwätz hinbrächten. Wo ein eignes Spital für Officiere nicht besteht und viele erkrankt liegen, ist es zweckmässig, besondere Aerzte mit deren Behandlung zu beauftragen.

Die Vertheilung der verschiedenen Classen von Patienten in einzelnen Lazarethen oder Räumlichkeiten geschah zunächst nach dem Grundsatze, dass den Verwundeten und Typhuskranken die besten und luftigsten Säle gehören und dass der Weiterverbreitung von Krankheiten, welche zu allen Zeiten ansteckend sind, Einhalt gethan werden müsse. Deshalb wurden die an Blattern, Masern, Scharlach oder Cholera Leidenden von den andern getrennt. Masern- und Scharlachkranke kamen nie in grösserer Zahl vor, die Blattern tauchten mehrere Male auf, wurden aber durch Isolirung jedesmal schnell unterdrückt. Besonders nützlich zeigte sich in Flensburg die Einrichtung eines eigenen Krankenhauses für Blatternkranke. Die nothwendige Isolirung der Blatternkranken

innerhalb grosser Anstalten gehört fast zu den unlöslichen Aufgaben. Die Cholera, welche 1850 in Rendsburg 300 Opfer zur Hälfte vom Militair, zur Hälfte vom Civilstande kostete, wurde durch eigene Choleraspitäler aus den übrigen Anstalten entfernt, nachdem sie beim Entstehen der Epidemie auch unter die Verwundeten gerathen war. Ihre contagiöse Natur ergab sich hinreichend aus der Zahl der davon erkrankten Wärter und Aerzte, von denen letzteren 2 starben. Der Tod des einen, eines eifrigen und geschickten jungen Mannes, Dr. Karsten, der einzigen Hoffnung eines betagten Vaters, war besonders betrübend und merkwürdig in Beziehung auf Ansteckung. Dr. Karsten fungirte an einem Lazarethe in Kellinghusen und wurde sogleich von der Cholera ergriffen, nachdem ein von Rendsburg gekommener Patient derselben schnell erlegen war. Diese beiden Todesfälle waren die einzigen, welche in Kellinghusen vorkamen. Sehr merkwürdig war es, dass während zu Rendsburg im August und September 1850 die asiatische Cholera herrschte, in Schleswig Brechdurchfälle in der grössten Ausdehnung vorkamen, aber keine Todesfälle von Cholera. Es herrschte also der Genius epidemicus, welcher das Auftreten der asiatischen Cholera begünstigt, aber das Contagium wurde durch den Cordon abgehalten, welchen die beiden einander feindlich gegenüberstehenden Heere bildeten. Ein solcher Cordon mag allerdings wirksamer sein als die sehr lockeren Netze, welche man im Jahre 1831 um die deutschen Länder, beim ersten Auftreten der Cholera zog, kostbare Experimente, zu deren Wiederholung später glücklicher Weise Niemand mehr Lust bezeugte.

In frühern Zeiten rechnete man auch die Typhuspatienten zu denen, welche nothwendiger Weise, durch Anlegung besonderer Spitäler für dieselben, isolirt werden müssten. Ich halte es für eine grosse Wohlthat, dass man von dieser Ansicht zurückkommt. Der sporadische Typhus ist im Allgemeinen nicht ansteckend; erst durch ein Zusammenhäufen von Typhuskranken bildet sich ein Contagium. Er ist mitunter scheinbar contagiös, indem aus einzelnen Cantonnements, mit feuchten, niedrig gelegenen, überfüllten Localen, mehrere Fälle, bald nach einander, zum Vorschein kommen; hierin liegt dann die dringende Aufgabe, solche Cantonnements so bald wie möglich zu verlassen oder zu verbessern, wenn sie nicht verlassen werden können, da es im Kriege so oft vorkommt, dass einzelne Punkte um jeden Preis behauptet werden müssen. Es handelt sich dabei manchmal nur um das Verlassen einzelner übel gelegener Häuser. In dieser Beziehung haben die Aerzte bei den Truppen das Nöthige wahrzunehmen; da sie jedoch mit ihren Vorschlägen nicht immer durchdringen, so müssen sie darüber sofort an ihre ärztlichen Vorgesetzten berichten. Leider unterblieb dies sehr oft und ich wurde erst durch die Lazarethärzte darauf aufmerksam gemacht, dass Typhuskranke in grösserer Zahl aus einzelnen Cantonnements zum Vorschein kamen.

Wir haben die Typhuskranken fast immer unter die übrigen Patienten, mit Ausschluss der Verwundeten, vertheilt und sehr guten Erfolg davon gesehen, da der Typhus weder verbreitet, noch im hohen Grade tödtlich war.

Die grosse Gefahr, welche eine Anhäufung von

Typhuskranken mit sich führt, habe ich einmal sehr deutlich beobachten können. Durch die Nachricht, dass in einem sehr schönen zum Spitale eingerichteten Schulgebäude nur die Hälfte der Typhuskranken durchgekommen, dass die Tochter des Schullehrers daran gestorben sei und auch der Arzt daran leide, wurde ich bewogen, das betreffende Lazareth zu besuchen. Ich fand dort 7 schwere Typhuskranke in einem Saale von 14 Betten liegend. Ich liess diese in 7 verschiedene Zimmer vertheilen und sie kamen alle mit dem Leben davon. Um über die Contagiosität des Typhus stets unterrichtet zu sein, musste es auf den Rapporten ausdrücklich angegeben werden, wenn ein Krankenwärter vom Typhus befallen wurde. Dies kam aber äusserst selten vor, Krankenwärter wurden in einem geringeren Maassstabe davon befallen, als die im Felde stehende Mannschaft, bei der offenbar die Kriegsstrapazen der judendlichen Individuen am häufigsten die Veranlassung zur Entstehung des Typhus war. Die vorkommenden Fälle betrafen grossen Theils den gewöhnlichen subacuten Abdominaltyphus, doch kamen auch mitunter sehr acute Fälle vor, mit frühzeitigen bedeutenden Cerebralerscheinungen, welche die Aerzte täuschten, so dass sie Menyngitis zu sehen glaubten. Man ist im Allgemeinen der Ansicht, dass Typhuskranke Transporte gut vertragen und sich nach denselben erholten. Ich kann dies nicht bestätigen, die Ansichten der schleswig-holsteinischen Aerzte waren dagegen. Dieser Widerspruch mit den Erfahrungen älterer Militairärzte, z. B. Larrey, erklärt sich wohl daraus, dass die Typhuskranken, um die es sich bei ihnen handelte, am Nosokomialtyphus litten, auf welche

die Entfernung aus einem inficirten Spitale und frische Luft wohlthätig wirken musste, die unserigen am sporadischen, der durch Kriegsstrapazen entstanden war, wo die Ruhe und Pflege besser wirkten als das Fahren auf holperigen Wegen. — Uebrigens kann es nicht genug hervorgehoben werden, wie wichtig eine ausgiebige Ventilation für die Erhaltung der Typhuskranken ist, bis sie in die Reconvalescenz treten, wo man sie an andere Plätze verlegt. Dieser Grundsatz ist bei den Aerzten noch nicht allgemein genug anerkannt. Vor Jahren hatte ich mit meinen Collegen Gelegenheit, dem verstorbenen Herzoge von Modena ein schönes Spital zu zeigen, an dem ich damals fungirte. Wir kamen in die Säle der inneren Klinik, in denen ziemlich viele Typhuskranke lagen. Sie waren heiss und dumpfig. Bei mir zu Lande, bemerkte der Herzog, hält man die frische Luft für das beste Mittel beim Typhus und lässt sie bei offenen Fenstern liegen. Ew. Kaiserliche Hoheit, ich werde sogleich Versuche damit anstellen, sagte der Professer der medicinischen Klinik, mit einer tiefen Verbeugung! — In der That ist in improvisirten Spitälern das Oeffnen der Fenster das einzige hinreichende Mittel zur Ventilation der Zimmer, in denen Typhöse liegen; kleine Luftzüge, durch Ausheben einzelner Fensterscheiben, sind durchaus unzureichend. Die Hauptschwierigkeit in der Besorgung der Typhuskranken besteht immer darin, dass sie andere Patienten nicht belästigen.

Die Behandlung bestand fast allgemein in dem Gebrauche von Säuren oder Chlorwasser, kalten Umschlägen um den Kopf und kalten oder warmen Waschungen mit Wasser und Essig. Der Gebrauch von Blasenpflastern

bei Lungenaffection wurde nach meiner Ansicht zu sehr vernachlässigt.

Ich glaube hier nicht unbemerkt lassen zu dürfen, dass die ausgezeichnete Verpflegung des Heeres gewiss dazu beigetragen hat, den Typhus in allen 3 Kriegsjahren selten zu machen.

Die contagiöse Augenentzündung gehörte zu den lästigsten Uebeln, von denen die schleswig-holsteinische Armee 1849 und noch mehr 1850 heimgesucht wurde. Da dieses Uebel früher in den Herzogthümern fast ganz unbekannt gewesen ist, so liegt es nahe, dessen Ueberpflanzung in der Berührung mit den deutschen Truppen zu suchen, welche dasselbe mitbrachten.

An der Contagiosität des Uebels zweifelt jetzt wohl kein vernünftiger Mensch. Indess gehören doch immerhin Gelegenheits-Ursachen dazu, dessen Ausbruch und Verbreitung zu befördern. Enge Cantonnements, Casernen und Bivouacs, kaltes regnichtes Wetter, Staub, Hitze, Anstrengungen im hellen Sonnenschein, begünstigen die entzündliche Reaction gegen die unbemerkt entstandenen miliären Granulationen, welche dort immer das erste Stadium der granulösen Ophthalmie bildeten. Unter dem Einflusse dieser entzündlichen Reaction vermehren und vergrössern sich die Granulationen und die Contagiosität scheint zuzunehmen. Bei Vielen findet eine Rückbildung der Miliär-Granulationen Statt, ohne dass es je zur entzündlichen Periode gekommen wäre. Ehe die Aerzte mit diesem merkwürdigen Uebel bekannt wurden, erstaunten sie oft über die scheinbare Schnelligkeit, mit welcher die Granulationen bei einem grossen Theile der Mannschaft zum Vorschein kamen. Nach einem anstren-

genden Marsche bei sehr schlechtem Wetter etc. bekamen Viele auf einmal rothe Augen und man fand, ausser der Conjunctivitis, die Granulationen. Man kam indess bald dahinter, dass die Granulationen lange bestanden haben können, ohne von den Patienten bemerkt zu werden. Dadurch entstehen Schwierigkeiten in der Nachweisung der Verbreitung des Uebels und man scheut sich deshalb die Patienten mit andern zu vermischen, obgleich die Gefahr der directen Uebertragung nicht gross zu sein scheint, Krankenwärter und Aerzte blieben davon befreit. Im Allgemeinen verlief die granulöse Augenentzündung sehr chronisch und selten destructiv. Die wenigen Fälle, welche mit partieller Erblindung endigten, schienen mir in einer Verkennung der Complicationen dieses specifischen Processes zu liegen. Die gewöhnlichste Complication ist die katarrhalische Conjunctivitis. Dieselben Schädlichkeiten jedoch, welche diese herbeiführen, erzeugen auch mitunter eine heftige rheumatische Ophthalmitis und blepharophthalmia, welche durch die Gegenwart der Granulationen die Neigung zur raschen Entwickelung eines blennorrhoischen Stadiums erhält. Dadurch wurden die Aerzte nicht selten getäuscht. Anstatt zunächst der, der Existenz des Auges Gefahr drohenden, Complication entgegenzuwirken, welche ja auch ohne den granulösen Process gefährlich genug ist, denkt man nur an die Blennorrhöe und sucht dieser durch Aetzungen mit Höllenstein eine andere Wendung zu geben. Mittlerweile bildet sich dann Eiter in der vordern Augenkammer oder häufiger zwischen den Lamellen der Hornhaut. Strenge Antiphlogose, Aderlässe, Blutegel, Eisüberschläge, Abführungen und später Calomel

müssen die Einleitung in der Behandlung solcher höchst acuten Fälle bilden. Der Höllenstein scheint mir dabei sehr entschieden nachtheilig zu sein, wenn man ihn in das Auge selbst bringt. Ob die von preussischen Militairärzten empfohlene Anwendung einer concentrirten Höllensteinlösung auf die Augenlieder nützlich sei, weiss ich nicht. Es wäre immerhin dankenswerth, noch ein werthvolles Mittel mehr zu besitzen, um der eiterbildenden Entzündung Schranken zu setzen.

Die granulösen Augenkranken wurden in besondere Locale verlegt, welche durch hohe und luftige Zimmer dafür geeignet waren. Schwer Erkrankte wurden von leichter Erkrankten und diese wieder von den Reconvalescenten getrennt. Diese Einrichtung zeigte sich bald als höchst nothwendig, indem ein fricher heftiger Fall zwischen leichtere Kranke gelegt, sogleich Verschlimmerung bei allen herbeiführte. Die Hauptstation für diese Kranken war in Altona, wo sich bald bei den Aerzten ein allgemein von ihnen anerkannter Heilplan geltend machte. Während des hyperämischen Stadii Antiphlogose, Diät, später tägliches oder zweitägiges Einstreichen von Solutio lapidis infernalis von höchstens gr vj auf ʒj aq. Dieses Mittel verdrängte alle andern Localmittel, nachdem namentlich vorher der Höllenstein in Substanz theils rein, theils mit Nitrum zusammengeschmolzen, das Cupr. sulphur. in Substanz, das Plumb. acet. und concentrirtere Höllensteinsolutionen versucht worden waren So bald es die Lichtscheu erlaubte, wurden die Paienten zum Genusse der frischen Luft angehalten. Das eine rasche Zerstörung der Granulationen nicht möglich oder rathsam sei, wurde bald eingesehen, man wollte deshalb

mit den Localmitteln nur ihre spontane Entfernung begünstigen. Die Kur dauerte bei frischen Fällen im Durchschnitt 27 Tage. Weniger schnell wurden diejenigen geheilt, welche in der Reconvalescenz zu einem leichten Garnisondienste gebraucht wurden. Bei Beendigung des Krieges wurden die Reconvalescenten, deren Zustand es erlaubte, in die Heimath geschickt, wie dies auch in andern Staaten geschehen ist. Für die betreffenden Individuen ist es das Vortheilhafteste, da sie so am schnellsten genesen. Ich kann indess nicht verschweigen, dass mir in meiner Klinik öfter Fälle von Ophthalmia granulosa vorkamen, welche durch Permittirte in die Heimath verschleppt worden war. Gegen die chronischen, condylomatösen Wucherungen der Conjunctiva hat sich mir das tägliche Bestreichen mit einem Stift von Cuprum sulphuricum am nützlichsten gezeigt.

Die langwierigste Complication der Ophthalm. granulosa ist die mit scrophulöser Ophthalmie. Sie betrifft in der Regel Leute, die in der Jugend an scrophulösen Augenentzündungen oder andern Scrophelformen gelitten haben. Die nicht weichende Lichtscheu, welche sonst sehr bald verschwindet, muss immer den Verdacht dieser Complication erregen und indicirt dann die Behandlung der scrophulösen Augenentzündung, bei welcher, mit Ausnahme einer Boraxsolution, fast alle örtlichen Mittel ausgeschlossen sind. Dagegen zeigt sich der Aethiops antimonialis wirksam, vorzüglich aber die Plummerschen Pulver. In vielen Fällen dieser Art haben Landluft und Seebäder gute Dienste gethan.

Die schlimmste Complication der granulösen Augenentzündung, die mit Augentripper, habe ich mehrere

Male gesehen und bin so glücklich gewesen die Sehkraft grossen Theils zu erhalten, in einem Falle selbst, wo beide Hornhäute durchbrochen waren. Dieser Fall betraf einen Permittirten, welcher die Ophthalm. granul. glücklich überstanden hatte, sich bei der Heimreise einen Tripper holte, dann zu Hause eine heftige Blennorrhöe bekam und erst 8 Tage wartete, ehe er ärztliche Hülfe suchte und endlich in meine Klinik kam. Auf beiden Augen waren anfangende Staphylome, die sich unter meinen Augen zurückbildeten. Anfangs Calomel mit Opium, später China innerlich und Ausspritzen der Augen, waren die Hauptmittel.

Nicht unerwähnt darf ich lassen, dass die bei den Truppentheilen in Anwendung gezogenen hygiänischen Maassregeln, beim Entstehen der Krankheit in einzelnen Bataillonen, sehr erfolgreich waren. Sie bestanden in wöchentlichen Visitationen, Sorge für Verbesserung unpassender und inficirter Locale, Schonung im Dienst bei Staub und Hitze, einem eigenen Handtuche für jeden Soldaten, Absonderung der Ergriffenen von den Gesunden.

Die Krätzkranken bedürfen keiner ausgesuchten Zimmer zu ihrer Heilung, doch müssen dieselben geheizt werden können, da eine erhöhte Temperatur die Heilung begünstigt. Ausserdem müssen die Einrichtungen zum Baden vorhanden sein, und es richtet sich die Wahl des Locals vorzüglich nach der Leichtigkeit, mit welcher sich diese herstellen lassen. Zwei Kurmethoden machen sich jetzt den Rang streitig, die englische und die Seifencur. Die englische Methode macht es möglich die Kur in 3 Tagen zu absolviren, die Seifenkur erfordert 5 Tage. Dafür ist diese jedoch sicherer, erfordert nicht eine so

hohe Temperatur und verdirbt die Wäsche nicht so, lässt sich daher mit grössern Ansprüchen auf Reinlichkeit durchführen. Die schleswig-holsteinischen Aerzte hatten die englische Methode früher geübt, aber dafür die Seifenkur angenommen. Im Jahre 1849 wurde auf den Wunsch der Königlich hannoverschen Militairärzte die englische Methode wieder aufgenommen, ist aber später doch wieder mit der Seifenkur vertauscht worden. Ich habe dagegen um so weniger einzuwenden gehabt, weil ich die letztere im Grossherzogthum Baden allgemein eingeführt fand und, während meines Aufenthalts in Freiburg, gegen 1000 Krätzkranke damit geheilt habe. Dass die Schmierseife wohlfeil und überall zu haben ist, muss ihr einen Vorzug vor der theuren englischen Krätzsalbe einräumen. Während eines Feldzuges müssen alle andern Rücksichten gegen die der schnellsten Heilung der Krätzkranken in den Hintergrund treten und deshalb ist der englischen Methode wohl der Vorzug zu geben. Uebrigens lässt sich die Seifenkur um einen Tag abkürzen, wenn man die mit der Hand aufgetragene Schmierseife mit einer weichen Bürste einreiben lässt.

Bei der reichlichen Fleischnahrung der Mannschaft, welche zum dritten Theil aus Schinken und Speck bestand, waren Furunkeln sehr häufig und verzögerten nicht selten die Entlassung der Krätzkranken.

Den Syphilitischen werden häufig die allerschlechtesten Locale eingeräumt, die ihnen jedoch nach meiner Erfahrung auch sehr schlecht bekommen. Nirgends habe ich so viele phagadänische Schanker und Bubonen gesehen, als in den englischen foul wards, das heisst den elenden Dachkammern, in welche diese anständige

Nation, auf sehr unanständige Art, ihre Syphilitischen einpfercht. Auch in Militair-Lazarethen habe ich ähnliche Folgen gesehen, obgleich man in diesen im Allgemeinen mehr Nachsicht mit menschlicher Schwäche zeigt. Durch Versetzung in bessere Localitäten habe ich schon manchem Syphilitischen geholfen, auch ist es von Andern schon bemerkt worden, dass manche Bubonen erst zur Heilung kommen, wenn man die Patienten wieder ausgehen lässt. Hätte man sie im Anfang in ein luftiges Zimmer gelegt, so würde ihre Heilung vielleicht überhaupt keine Schwierigkeiten gemacht haben.

Die Behandlung der Syphilitischen scheint mir jetzt in dem glücklichen Interregnum angelangt zu sein, wo man mit dem Mercur keinen Missbrauch treibt, und dieses grosse Heilmittel auch nicht über Gebühr vernachlässigt. Indess hatte ich doch mitunter Gelegenheit auf die bereits vorhandenen Halsschanker aufmerksam zu machen, wenn die primären Geschwüre noch nicht geheilt waren. Eine eigenthümliche Rauhigkeit der Stimme verkündet dem geübten Ohre schon die Anwesenheit der Halsaffection, aber im Allgemeinen scheuen diejenigen, welche es sich in den Kopf gesetzt haben, alle Syphilitischen ohne Quecksilber zu heilen, die öftere Untersuchung des Rachens. Auf die sehr bedeutende Verminderung der Bubonen-Eiterungen habe ich einen unverkennbaren Einfluss geübt, indem ich auf strenge Antiphlogose im Anfange hielt und die Compression abschaffte, die wohl in einigen Fällen, sehr vorsichtig angewendet, nützlich sein kann, im Grossen aber sehr gefährlich ist.

Der Einführung der Jodpräparate haben wir es zu

danken, dass bei der constitutionellen Lues die Schmierkur fast unnöthig geworden ist. Dass übrigens das Jodkalium nur dann vorzüglich wirksam sei, wenn vorher Merkur gegeben wurde, scheint mir nicht zu bezweifeln.

Die Abortivkur des Trippers durch Einsprützungen von Solutio argenti nitric. wurden vielfach versucht, ohne ein constantes Resultat zu ergeben. Diese Kuren sind wohl oft nur scheinbar, indem der Tripper einige Tage nach der Entlassung wieder zum Vorschein kommt.

Die passende Unterbringung der Verwundeten ist in unsrer Zeit eine schwierige Aufgabe, wo jede grosse Anhäufung von Verwundeten Pyämie im Gefolge hat, selbst wenn man dieselben in ganz frische Lazarethe legt. Es scheint nur einen Weg zu geben, dies zu verhindern, der aber so sehr allen bisherigen Ansichten zu widersprechen scheint, dass man sich fast scheut ihn zu bezeichnen. Man müsste es mit den Verwundeten theilweise machen wie mit den Typhuskranken, sie in die verschiedenen Lazarethe für innere Kranke vertheilen. Gegen diese Einrichtung scheinen wichtige Gründe zu sprechen. Man kann alsdann nicht wohl eigene Lazarethe für Verwundete reserviren. Dieser Grund würde dadurch entkräftet, dass auch in neuen Spitälern Pyämie ausbricht, wenn man sie mit Verwundeten anfüllt.

Der zweite Grund würde der sein, dass man die Aerzte nicht so passend für einzelne Lazarethe auswählen könne, wenn man ihre Geschicklichkeit in beiden Disciplinen der Heilkunst auf gleiche Weise in Anspruch nimmt. Diese Schwierigkeit würde leicht zu beseitigen

sein. In den englischen Spitälern sind die Kranken nicht so wie bei uns getrennt in äussere und innere. Man findet in denselben Sälen beiderlei Kranke, welche von verschiedenen Aerzten, deren Namen am Bette bemerkt sind, behandelt werden. Nicht selten ist es möglich einem älteren Arzte, welcher sich zum Operateur nicht qualificirt, einen Assistenzarzt beizugeben, welcher die Operationen übernimmt.

Nach allgemeinen Eindrücken kann ich wohl behaupten, dass diejenigen Verwundeten, welche in Hospitäler für innere Kranke geriethen, was ja im Kriege oft vorkommt, besser dabei wegkamen, als die andern, welche in den Localen lagen, die nur mit Verwundeten angefüllt waren, selbst wenn ihre Aerzte bessere Chirurgen waren. Gegen die Pyämie kämpft die chirurgische Geschicklichkeit vergebens, nur hygienische Maassregeln können dagegen helfen.

An eine Verlegung der meisten Schwerverwundeten in Privatquartiere ist nicht zu denken, wenn dies auch in Bezug auf einzelne ausführbar ist.

Die Hauptschwierigkeit der Vermischung der Verwundeten mit den inneren Kranken würde der Umstand sein, dass man für jene die Lazarethe erster Linie reserviren muss und deshalb nicht mit inneren Kranken belegt. Durch die Eisenbahnen, welche einen viel weitern Transport der Verwundeten gestatten, wird aber in dieser Beziehung eine wesentliche Veränderung eintreten.

Von der Ambulance.

Unter Ambulance versteht man ein detachirtes Corps von Aerzten und Krankenwärtern mit den nöthigen Re-

quisiten zur Anlegung eines Feldlazareths, welches dem Heere auf den Kampfplatz folgt um den Verwundeten in zweiter Instanz Hülfe zu gewähren.

Es liegt in der Natur der Wunden, dass die frühzeitigste Hülfe die beste sei. Dies gilt besonders von den Schusswunden. Ihre Untersuchung, die Ausziehung fremder Körper werden ohne Nachtheil nur dann unternommen, wenn die Wunden ganz frisch und frei von Geschwulst und Empfindlichkeit sind. Das Schlachtfeld selbst ist also der Platz, wo dieses geschehen sollte. Den Wundärzten, welche zu diesem Zwecke den einzelnen Truppentheilen folgen, fügte Larrey eine Reserve hinzu, der er den Namen Ambulance gegeben hat. Sie scheint unter Larreys Direction in den Napoleonischen Kriegen gute Dienste geleistet zu haben. Seit seiner Zeit hatten die meisten Heere diese Einrichtung angenommen. In der Art der Kriegsführung aber ist eine Aenderung eingetreten, welche die bedeutendere chirurgische Thätigkeit mehr vom Schlachtfelde verdrängen zu wollen scheint. Je mehr das Tirailleur-Gefecht an Wichtigkeit zunimmt, wie jetzt bei der grossen Vervollkommnung der Schiessgewehre, mit welcher die Artillerie nur durch Einführung der reitenden Batterien und deren grosse Mobilität fortzugehen versuchte, desto schwieriger wird die wundärztliche Hülfe auf dem Schlachtfelde. Das Terrain wird zu schnell gewechselt, so dass der Wundarzt nicht einmal Zeit hat, seine Vorbereitungen zu einer grossen Operation zu machen und zufrieden sein muss einen flüchtigen, ersten Verband angelegt zu haben. Dieser Umstand scheint den chirurgischen Reserven für das Schlachtfeld eine erhöhte Bedeutung zu geben.

Als ich im Jahre 1849 meinen ersten Feldzug mitmachte, hatte ich die Absicht mich selbst an die Spitze der Ambulance zu stellen. Sie war trefflich mit Aerzten und Requisiten ausgerüstet, so dass man sie in mehreren Abtheilungen hätte anwenden können. Aber sie wurde auf dem Schlachtfelde nicht benutzt; Terrainschwierigkeiten liessen es nicht zu und alle meine wiederholten Bemühungen, sie gebraucht zu sehen, blieben fruchtlos. Bei den übrigen deutschen Truppen war dies ebenso. Nur das Königl. sächssische Contingent machte im Sundewittschen von seiner Ambulance Gebrauch, aber sie durfte nur in der Entfernung von $^5/_4$ Stunden vom Schlachtfelde placirt werden.

Es ist begreiflich, dass ein commandirender General, der über keine bedeutende Reserven zu gebieten hat, auf einem Terrain, welches nur von einer leicht fahrbaren Strasse durchschnitten wird, jede Art von Stockung vermeiden muss, und deshalb die Aufstellung einer chirurgischen Reserve, deren Zweck es ist, die Verwundeten so lange aufzuhalten bis sie besorgt sind, nicht gerne befiehlt; und doch darf die Chirurgie des Schlachtfeldes nicht untergehen, was im ersten Augenblicke zur Verbesserung der Wunden geschehen kann, muss geschehen, zum Theil auch schon aus der Rücksicht, dass, wenn die Verwundeten zu Hunderten, fast auf einmal, in die Lazarethe strömen, nicht dieselbe Sorgfalt angewandt werden wird und nicht angewendet werden kann, weil die dringendsten Operationen auf der Stelle gemacht werden sollen. Für den Feldzug von 1850 richtete ich deshalb Ambulancen für jede Brigade ein. Es wurde für jede Brigade ein Oberarzt

designirt, welcher dem Brigadestabe attachirt war. Ausserdem wurden von den zur Brigade gehörenden Truppenkörpern 3 Assistenzärzte designirt, welche am Tage der Schlacht sich unter den Befehl der fungirenden Brigadeärzte stellten. Die Ausrüstung bestand nur in einem Krankenwagen, Medicinwagen mit den nöthigen Instrumenten, Bandagen, Arzneien und Tragbahren. Diese Einrichtung hat sich nützlich bewährt, besonders bei der Schlacht von Idstedt, wo die deutsche Kampflinie sich 2 Meilen weit ausdehnte. Die Verwundeten kamen wenigstens sehr sorgfältig verbunden vom Schlachtfelde. Wegen des zu grossen Andrängens der Verwundeten konnten sich die Reserveärzte aber nicht auf grössere Operationen einlassen, was bei der Nähe der ersten Aufnahme-Spitäler in Schleswig auch kaum erforderlich war.

Der geeignete Platz für eine chirurgische Reserve ist offenbar da, wo der Wagenpark für die Fortschaffung der Verwundeten aufgefahren werden kann und bis zu welchem dieselben getragen werden müssen.

Um Stockung zu vermeiden, müssen diejenigen Verwundeten, welche von den Aerzten der Bataillone bereits verbunden worden und an denen keine Operation vorgenommen zu werden braucht, sogleich weggeschickt werden. Die Zahl der anwesenden geschickten Aerzte muss deshalb gross sein, damit ein Theil im Untersuchen und Verbinden fortfahren kann, während der andere Theil operirt. Von der grössten Wichtigkeit wird die Mittheilung des Befundes der Untersuchung der Wunde an die Lazarethärzte. Ein solcher Rapport ist freilich in den meisten Instructionen vorgeschrieben, wird aber im Drange des Geschäfts selten erstattet. Wie viele

unnöthige Schmerzen könnten erspart werden, wenn es bei der ersten Untersuchung von geschickter Hand sein Bewenden hätte. Vielleicht würde der beabsichtigte Zweck erreicht, wenn jeder untersuchende Arzt seine Diagnose mit Bleifeder auf eine Karte schriebe, die der Patient bei sich behielte und an den ersten Lazaretharzt ablieferte, dem er in die Hände fällt. So unnöthig dies auch bei so vielen leichten oder handgreiflichen Fällen sein würde, so wichtig ist es bei schweren Verletzungen, welche in Höhlen oder Gelenke eindringen, Knochen zerschmettert haben oder nicht. Die Diagnosen von Aerzten, deren Geschicklichkeit im Untersuchen mir bekannt war, habe ich immer respectirt und keine neuen Untersuchungen gestattet, welche nicht durch die Umstände dringend geboten waren. Den glücklichen Ausgang mehrerer schweren Verletzungen schreibe ich vorzüglich diesem Umstande zu.

In der östreichischen Armee hat man für die erste Besorgung der Verwundeten auf dem Schlachtfelde nach dem Muster der Larreyschen Ambulance ein eigenes Corps gebildet. Auch das dänische Heer hatte ein besonderes Corps von Trägern für die Verwundeten, welches sehr gut gewirkt haben soll.

Die östreichischen Sanitäts-Compagnien bestehen aus Aerzten, Officieren und Mannschaft, welche mit Tragbahren versehen, dazu bestimmt ist, die Verwundeten aus dem Gefechte auf die Verbandplätze zu bringen, und übrigens zu Krankenwärtern ausgebildet wird. Es wird dadurch der Uebelstand beseitigt, dass sich bei blutigen Gefechten zu viele Combattanten vom Kampfplatze entfernen, um die Verwundeten zurück zu bringen.

Ich hoffe, dass sich diese Einrichtung bewähren und nicht wieder eingehen möge, wegen der scheinbaren Kosten und Mühen, welche ihre Ausführung verursacht. Aus dem Grade, in welchem ein solches Institut gepflegt wird, kann man demnächst vermuthlich den Grad der Humanität in der Kriegsführung berechnen.

Die Aerzte müssen bei dieser Angelegenheit immer darauf zurückkommen, dass

1) den Verwundeten die erste Hülfe auf dem Schlachtfelde geleistet werden müsse, so nahe wie möglich dem Kampfplatze.
2) dass ein einziger Arzt ohne Unterstützung von Collegen und geübten Krankenwärtern nicht viel ausrichten könne und dass es deshalb im Interesse des Truppentheils liege, seine Aerzte an einem geeigneten Platze, ausserhalb Schussweite, aufzustellen, anstatt sie den einzelnen Compagnien mit ins Feuer folgen zu lassen, wie dies häufig von schleswig-holsteinischen Commandeurs geschah, welche die Aerzte mit der Tirailleurkette avanciren liessen.
3) dass ausser den Bataillonsärzten, ärztliche Reserven auf dem Schlachtfelde sich befinden müssen, deren Verbandplätze, durch Fahnen bezeichnet, als Zufluchtsort solcher Verwundeten dienen können, welche von ihrem Truppentheile abgekommen sind, oder die ihnen zugeschickt werden, um sogleich einer Operation unterworfen zu werden.

Ob die Verwundeten durch die detachirte Mannschaft einer Sanitäts-Compagnie, oder von ihren Cameraden aus dem Feuer getragen werden, ist dem Arzte

nicht gleichgültig, weil der Transport von geübten Leuten mit grösserer Schonung vollzogen wird. Im Uebrigen ist es Sache des Generalcommandos sich für den einen oder anderen Modus zu entscheiden, wie denn überhaupt die Ausbildung des ganzen Verfahrens die Sache der Combattanten sein wird, deren Gründen der Nothwendigkeit, die Aerzte nur die Gründe der Wissenschaft entgegen zu setzen haben. Diese Gründe sind allerdings schlagend genug, insofern sie sich auf die unverhältnissmässig grössere Sterblichkeit der Amputirten stützen, welche gewissermaassen schon von vorn herein den Opfern beigezählt werden müssen, welche todt auf dem Schlachtfelde liegen. Der meilenweite Transport von Leuten mit zerschmetterten Gliedern, welche sogleich hätten amputirt werden müssen, war in unseren Feldzügen die Hauptursache des Todes vieler Amputirten. Dies wird sich immer so verhalten und so müssen es die Aerzte als ihre Schuldigkeit ansehen die operative Chirurgie des Schlachtfeldes aller tactischen Schwierigkeiten ungeachtet aufrecht zu erhalten, so weit es in ihren Kräften steht. Das fliegende Feldlazareth und die ärztlichen Reserven müssen dabei ja nicht als unzertrennlich gedacht werden, weil man die Aerzte oft verwenden kann, wo man von den meisten Requisiten der Ambulance keinen Gebrauch machen kann.

Reglements und Instructionen für den Sanitätsdienst.

Wenn der Dienst geregelt sein soll, so muss jeder dabei Betheiligte genau wissen was er zu thun hat, wo die Verpflichtung des einen aufhört und die des andern

anfängt. Für dieses Bedürfniss wurde im Feldzuge von 1849 gesorgt. Es waren Reglements vorhanden für den Garnisons-, Feld- und Lazareth-Dienst der Militairärzte, für die Anlegung und Administration der Lazarethe, für den Inspections-Unterofficier, für die Krankenwärter und endlich für die Kranken. Der Vorstand des Medicamentendepots erhielt ebenfalls sein Reglement. Ein Exemplar desselben wurde jedem Betheiligten gegeben. Die Reglements für Krankenwärter und Kranke wurden in den Lazarethen angeheftet.

Der Nutzen dieser, von den betreffenden höheren Behörden genehmigten Instructionen, ist so augenscheinlich, dass man glauben sollte ihre Einführung müsse bei allen Heeren gebräuchlich sein. Im Jahre 1849 habe ich indess Gelegenheit gehabt zu erfahren, dass dies keineswegs der Fall sei. Dies kann wohl nur seinen Grund darin haben, dass man es versäumt, die vorhandenen Instructionen zur rechten Zeit zu revidiren. Beim Ausbruche eines Krieges findet man die alten Instructionen nicht mehr entsprechend und giebt lieber gar keine. Nach Beendigung eines Krieges würde die passendste Zeit sein, die Instructionen zu verbessern, aber dann interessirt sich Niemand mehr für diese Gegenstände und sie kommen in Vergessenheit. Die passendste Art, diese Instructionen zu Stande zu bringen, ist die, deren Ausarbeitung einer Commission von erfahrenen und geschickten Militairärzten zu übertragen. Der Chef des Medicinalwesens unterwirft diese Arbeit einer Revision, nachdem er dieselbe erforderlichen Falls noch anderen Sachverständigen zur Kritik übergeben hat, und legt sie dann der betreffenden höchsten Behörde

zur Genehmigung vor. Es ist offenbar vorzuziehen, dass die Militairärzte wissen, die Reglements seien aus ihrer Mitte hervorgegangen, als dass ein Einziger sie allein verfasste.

Erfahrungsmässig muss ich mich noch für die Zweckmässigkeit rein ärztlicher Instructionen aussprechen, besonders im Kriege, wenn das ärztliche Personal sehr vermehrt worden ist. Die Heilkunst ist kein so vages unsicheres Ding wie Stümper und Narren uns glauben machen wollen. Man kann es immerhin verantworten die Befolgung gewisser Grundsätze zu empfehlen, auch wurden Instructionen dieser Art mit Dank angenommen.

Nach dem Feldzuge von 1849 hatte ich die Absicht eine umfassende Instruction über die Behandlung der Schusswunden drucken zu lassen: Ich hoffte derselben dadurch um so mehr Nachdruck zu geben, indem ich dieselbe theilweise von den Aerzten schreiben liess, welche unter mir gedient hatten. An der Ausführung dieses Planes wurde ich vorzüglich dadurch gehindert, dass ich Ende Februars 1850 vom Typhus icterodes befallen wurde, der mich bis kurz vor dem Ausbruch der Feindseligkeiten gefesselt hielt. Dr. Esmarch's Werk über Resectionen ist der einzige Abschnitt dieser Arbeiten, welche später zum Druck befördert worden ist. Von mir erschien kurz vor dem Feldzuge von 1850 die Abhandlung über Knochenwunden. Da ich die gemachten Fehler sehr schonungslos gerügt hatte, so wurde sie von einigen Seiten sehr übel aufgenommen. Aber gerade diejenigen, welche sich am meisten darüber beschwert hatten, waren nachher am eifrigsten in der Befolgung meiner Rathschläge, deren Resultat sich aus

den Listen der Geheilten deutlich herausstellte. Beim Ausbruche der Cholera im Jahre 1850 vertheilte ich die noch vorhandenen Exemplare meiner Schrift über die Cholera im Jahre 1831 und hörte nachher von vielen Seiten die Aeusserung, dass meine Schilderung von damals noch jetzt völlig zutreffend sei und dass die Behandlung leider keine Fortschritte gemacht habe.

In einem grossen Militairstaate kann es nie an geeigneten Persönlichkeiten fehlen, welche befähigt sein sollten, für die den Militairarzt besonders interessirenden Krankheiten und über wichtige endemische Verhältnisse passende, kurze Instructionen, der Höhe der Wissenschaft entsprechend, zu entwerfen. Von diesen sollten die Entwürfe gemacht und vom Generalstabsarzte genehmigt werden.

Diese rein ärztlichen Instructionen sind übrigens nicht mit den Reglements zu verwechseln, welche für den Dienst als bindend zu betrachten sein müssen. In der Befolgung der Instructionen muss den eigenthümlichen Verhältnissen und dem wünschenswerthen Fortschritte der Heilkunst freier Spielraum gewährt sein.

Rapportwesen.

Ein durch Vollständigkeit und leichte Uebersicht sich auszeichnendes Rapport- und Listenwesen ist für die Militair-Medicinal-Administration von der grössten Wichtigkeit. Bei der Organisation desselben wurde ein dreifacher Zweck ins Auge gefasst. Dasselbe sollte den Generalstabsarzt in den Stand setzen, nicht allein die nach den vorhandenen Bedürfnissen erforderlichen Bestimmungen über Erweiterung oder Beschränkung der

einzelnen Lazarethe zu geben, sondern auch bei vorhandenen Epidemien die entsprechenden Maassregeln zu treffen. Dem Generalcommando musste dadurch fortgehend Nachricht zukommen über Ab- und Zunahme der Mannschaft. Der Militair-Verwaltungsbehörde musste endlich dadurch ein Mittel zur Controle bei der Revision der Lazarethrechnungen gegeben werden. Im Kriege war die tägliche Einsendung numerischer Krankenrapporte von den einzelnen Lazarethen nothwendig, welche meistentheils von den Inspections-Unterofficieren, unter Controle des ärztlichen Mitgliedes der Lazareth-Commission, angefertigt wurden. Die Einsendung geschah an ein dem Generalstabsarzte beigegebenes Büreau. — Die einzelnen numerischen Rapporte mussten, um den oben angedeuteten Zwecken zu entsprechen, ausser der Angabe des Zugangs, so wie des Abgangs durch Heilung, Tod, Evacuation oder Cassation, eine Angabe des Bestandes nach der Zahl der Verwundeten und der wichtigsten innern Kranken enthalten. Zu den letztern wurden Typhus, Cholera, Blattern, Wechselfieber und contagiöse Augenkranke, Venerische und Krätzige gerechnet. Wo Kranke verschiedener Contingente sich fanden, war die separirte Aufführung derselben geboten. Ueberdies gab der Rapport die Zahl der Passanten an, um einen Maassstab für die Krankenevacuation darzubieten und die Zahl der Verpflegten für die Rechnungscontrole. Die Rückseite des Rapports enthielt endlich ein namentliches Verzeichniss der im Lazareth, wie im Revier behandelten, verwundeten und kranken Officiere, so wie der Verstorbenen, mit Hinzufügung der erforderlichen Data. Aus diesen, dem Medicinalbüreau eingesandten Rapporten, wurde

alle 5 Tage ein Generalrapport desselben Inhalts für das Generalcommando, das Departement des Kriegs und den Generalstabsarzt zusammengestellt. Da im Kriege nur ausnahmsweise Revierkranke vorkommen, welche nach 3 Tagen nicht entweder wieder zum Dienst entlassen, oder ins Lazareth gesandt werden, so wurden dieselben in diese numerischen Krankenrapporte nicht aufgenommen. Für den Friedensfuss genügte die wöchentliche Einsendung der numerischen Lazareth- und Generalrapporte, in welchen jedoch auch der Zugang und Abgang der Revierkranken der verschiedenen Truppentheile anzuführen war. Ausser den täglich von den einzelnen Lazarethen eingesandten, numerischen Krankenrapporten mussten während des Kriegs auch am Schlusse eines jeden Monats namentliche Listen der einzelnen Kranken, mit Angabe des Nationals, der Krankheit, des Tags der Aufnahme und der Entlassung, von den einzelnen Lazarethen eingesandt werden, aus denen vom Medicinalbüreau eine numerische Zusammenstellung über die Frequenz der einzelnen Krankheiten angefertigt und mit einem resumirenden Bericht an den Generalstabsarzt begleitet wurde. Diese numerisch-tabellarische Uebersicht gab ausserdem die Zahl der Verstorbenen, der Cassirten, der Reconvalescenten, Simulanten und der von ansteckenden Krankheiten, namentlich vom Typhus, befallenen Krankenwärter an. Auch diese namentlichen Krankenlisten wurden für den Friedensfuss beibehalten, nur wurde denselben noch ein namentliches Verzeichniss der Revierkranken, und alle Vierteljahr ein wissenschaftlicher Bericht der Oberärzte für den Generalstabsarzt beigefügt. Ueberdies wurden zur Controle des Cassations- und Recrutirungswesens

den monatlichen, namentlichen Krankenlisten, namentliche Verzeichnisse der während des Monats Cassirten mit allen erforderlichen statistischen Daten beigelegt; alljährlich aber wurde von den Oberärzten ein Verzeichniss der Vaccinirten und Revaccinirten dem Medicinalbüreau eingesandt.

Von den Wunden durch Kriegswaffen.

Bei der jetzigen Art Krieg zu führen, bilden die Schusswunden in so hohem Grade die Mehrzahl der Verletzungen, dass alle andere Arten von Wunden dagegen kaum in Betracht kommen. Die Schusswunden sollen deshalb auch in den nachfolgenden Bemerkungen, welche ich meiner persönlichen Erfahrung vom Jahre 1848 bis jetzt entlehnt habe, vorzüglich berücksichtigt werden, obgleich ich die Gelegenheit nicht versäumen werde, auch über andere Verletzungen praktische Notizen einfliessen zu lassen.

Schusswunden gehören in die Classe der Verletzungen durch Quetschung und Zerreissung, mit oder ohne Substanzverlust. Geschosse der verschiedensten Art: Kugeln, Steine, Holzsplitter etc. bilden die verwundenden Körper, welche durch Schiesspulver in Bewegung gesetzt werden. Die Schiessbaumwolle scheint bei den Aerzten als Collodium mehr Glück zu machen als bei den Combattanten. Sie verdirbt die Gewehre, nach meiner Meinung auch die Wunden.

Der Zweck fast aller Vorrichtungen zur Benutzung der Pulverexplosion zu Kriegszwecken beruht darin, den explodirenden Gasen eine bestimmte Richtung zu

geben, in welcher sie die Geschosse fortschleudern. Die Kraft, mit welcher dies geschieht, hängt ab von der Menge und Güte des Pulvers, von der mehr oder weniger vollständigen Entzündung desselben und der Form und Schwere der Geschosse, der Länge und Weite des Laufs, von dem Widerstande des Geschosses, je nachdem dasselbe fest auf dem Pulver aufliegt, oder nicht, je nachdem der Lauf glatt ist, oder gezogen, oder von Pulverschleim bedeckt, von dem Luftdrucke und vielen andern Umständen, deren Berechnung bei Experimenten mit vollkommenen Gewehren, bei bekannter Güte des Pulvers und völliger Gleichheit der obigen Verhältnisse sehr sicher ist. Im Kriege jedoch, wo die Verhältnisse sehr wechselnd sind, müssen auch die Resultate der Schüsse ebenso mannigfaltig sein und spotten in einzelnen Fällen aller Berechnung nach den bekannten Resultaten der wissenschaftlichen Experimente über die Wirksamkeit der Kriegswaffen. Im Allgemeinen aber muss man zugestehen, dass die Schusswaffen im Grossen auf eine furchtbare Art vervollkommnet worden sind, besonders die tragbaren Feuergewehre. Ein tapferer General sagte mir freilich, es werde durch Zündnadelgewehre und Büchsen nicht viel geändert, die kämpfenden Heere bleiben dafür jetzt in entsprechend grösserer Entfernung. Doch schien es mir, als ob die Zahl der wohlgezielten Schüsse unverhältnissmässig gross sei, selbst in solchen Affairen, wo es sich nicht bloss um Tirailleur-Gefechte handelte. Zu den wohlgezielten Schüssen rechne ich diejenigen, welche der Längenachse des Körpers nahe treffen. Ein guter Schütze zielt immer auf die Längenachse des Körpers und je nach der Entfer-

nung und der Tragkraft seines Gewehrs höher oder niedriger. Deshalb ist man wohl berechtigt, die der Längenachse des Körpers sich nähernden Schüsse für gezielte zu halten, da Fehler in der Höhe des Schusses leichter vorkommen als in der Breite, was bei der Haltung des Gewehrs leicht erklärlich ist, da die dem Gewehre gegebenen Stützpunkte dasselbe mehr in seitlicher Richtung fixiren, als in der Richtung von unten nach oben; dabei wirkt denn noch für den Schützen die Schwierigkeit mit, die Distance gehörig zu taxiren. Durch dieses Zielen auf den einzelnen Mann erhält der Krieg in unserer Zeit einen neuen, nicht gerade erfreulicheren Charakter und bedingt die Nothwendigkeit, dass man einem unverhältnissmässig grossen Verlust an Officieren vorbeuge, indem man sie nicht, durch ihre Uniformirung schon, zur Zielscheibe feindlicher Schüsse macht.

Die Beschaffenheit der Wunden, welche durch Feuerwaffen hervorgebracht werden, hängt im Wesentlichen ab:

1) von der Grösse, Form und Consistenz der Geschosse;
2) von der Kraft, mit welcher sie geschleudert werden;
3) von dem Winkel, in welchem sie auftreffen;
4) von dem Widerstande der getroffenen Theile.

1) Beschaffenheit der Geschosse.

Die Geschosse sind grössten Theils künstliche, Kugeln etc., zum Theil jedoch auch zufällige, wie Erde, Steine, Holzsplitter etc., welche durch Kugeln oder Explosionen fortgeschleudert wurden. Die Beschaffenheit dieser zufälligen Projectile ist unendlich mannigfaltig, sie kommen im Allgemeinen nicht häufig in Betracht, dürfen

aber doch nicht ausser Acht gelassen werden, und man muss immer an dieselben denken, wenn eigenthümliche Formen von Wunden sich darstellen. Auf Schiffen sind dies die abgerissenen Theile des Holzwerks, bei Barrikadenkämpfen Steinfragmente, in offener Feldschlacht am häufigsten Gegenstände, welche der Verwundete oder sein Nebenmann an sich trugen. Auf diese Art gelangen Münzen, Knöpfe, Kämme in die Wunden, Knochenstücke des Verwundeten selbst können zu Projectilen werden, wenn sie von der Kugel fortgeschleudert werden. In ihrer furchtbarsten Gestalt zeigen diese zufälligen Projectile ihre Wirksamkeit bei Explosion von grossen Pulvermassen in geschlossenen Räumen, wie bei der Katastrophe des Artillerie-Laboratoriums in Rendsburg am 7. August 1850. Ueber 100 Menschen verloren in einem Augenblicke ihr Leben. Von den 30 Unglücklichen, welche noch lebend in Spitäler kamen, wurden nur einige wenige erhalten. Weniger furchtbar sind die Wirkungen der grossen Pulver-Explosionen im Freien, z. B. beim Auffliegen eines Pulverwagens. Nach der Schlacht bei Idstedt behandelte ich 2 Artilleristen, welche über einen grossen Theil des Körpers mit Pulver verbrannt und geschwärzt waren. Ein Camerad war beim Auffliegen der Pulverkarre todt auf dem Platze geblieben. Sie boten freilich einen furchtbaren Anblick dar, kamen aber Beide glücklich davon. Der eine bekam eine Menyngitis gegen den 7ten Tag und erforderte Eisumschläge auf den Kopf und Calomel. Er behielt nach der Heilung ein leichtes Ectropion beider Augen.

Die künstlichen Geschosse sind hinreichend bekannt, von den grössten Bomben, welche einen Menschen mit-

ten auseinander reissen können, bis zum kleinsten Hagel, mit dem man kleine Vögel schiesst. Die Wirkungen der grossen Projectile, der Bomben oder Vollkugeln, müsste man, um zu allgemeinen Anschauungen zu gelangen, an den auf dem Schlachtfelde todt gebliebenen studiren, denn nur wenige von ihnen Getroffene kommen lebend in die Spitäler, auf hundert vom Gewehrfeuer Verletzter nicht einer. Ausser der Zermalmung oder Abreissung der getroffenen Körpertheile bringen sie eine Erschütterung hervor, welche den Tod wesentlich beschleunigt. Sie gleichen darin den Unglücksfällen auf Eisenbahnen. Noch schrecklicher als die durch Vollkugeln hervorgebrachten, sind die, welche durch geplatzte Bomben und Granaten entstehen, welche zugleich zerfleischend, zermalmend und abreissend wirken. Diese grossen und schweren Projectile werden selbst dann durch ihr Gewicht noch gefährlich, wenn sie sich am Ende ihres Laufs befinden.

Je härter ein Projectil ist, desto grösser ist dessen zerstörende Kraft, deshalb hat man bei eisernen Kugeln, wie die Kartätschen, auf weiter gehende Knochensplitterungen zu rechnen. Die Bleikugel plattet sich ab, wenn sie nicht mehr mit der vollen Kraft vorwärts geschleudert wird. Da eiserne Kugeln dies nicht thun, so setzen sie ihre Zerstörungen fort, bis die ihnen mitgetheilte Propulsivkraft völlig erschöpft ist. Es gehören schon feste Hammerschläge dazu, um eine Bleikugel so platt zu schlagen, wie man sie oft aus Wunden zieht. Bei eisernen Kugeln müsste man die Kraft dieser Hammerschläge mitberechnen, wenn man eine Parallele mit der Wirkung der Bleikugeln ziehen wollte. Da die ge-

zogenen Gewehre weiter schiessen als Kartätschen, so kommen auch Kartätschenschüsse jetzt weniger in Betracht. Ich fand erst nach dem Angriffe auf Friedrichsstadt Gelegenheit, sie genauer kennen zu lernen, wo uns einige wohlgezielte Kartätschenschüsse gegen 20 Verwundete dieser Art zuführten. Sie gleichen sehr den Flintenschüssen in einzelnen Fällen, im Allgemeinen sind die Schusscanäle aber weiter, zerrissener, die Knochenzersplitterung ist ausgedehnter. Die Erschütterung der getroffenen Theile ist noch grösser als bei Flintenkugeln. Amputationswunden, in der Nähe der getroffenen Theile angelegt, gingen häufiger in partiellen Brand der Hautlappen über, als dies bei Flintenschüssen der Fall zu sein pflegt. In dieser Eigenschaft nähern sie sich den Verletzungen durch Kanonenkugeln, Bomben und Granaten.

Die Flinten-, Büchsen- und Spitzkugeln sind es, welche die überwiegend grössere Zahl von Verwundungen hervorbringen, bei denen das Leben fortbesteht. Auf diese sind deshalb meine Bemerkungen vorzüglich basirt.

Der Unterschied in der Wirkung dieser bleiernen Kugeln scheint mir nur von ihrer Grösse abhängig zu sein. Da die Spitzkugeln allerdings mit ihrer Spitze voran fliegen und eindringen, wie ich aus zahlreichen Präparaten gesehen habe, so sollte man glauben, dass sie tiefer eindringen; weiche Theile werden sie leichter durchdringen und vielleicht etwas seltner unter der Haut noch stecken bleiben. Auf harten Knochen platten sie sich ebenso gut ab, als runde Kugeln. Eine strenge Vergleichung der Kugel und der Spitzkugel lässt sich im Felde nicht wohl anstellen, da man nicht die nöthigen

Data zu Berechnungen findet. Experimente sind auch nicht leicht anzustellen, da man nicht aus denselben Gewehren unter gleichen Verhältnissen Kugeln und Spitzkugeln abschiessen kann. Nach dem Urtheile der schleswig-holsteinischen Aerzte hat die Form der Spitzkugel keinen Einfluss auf ihre zerstörenden Wirkungen. Der grössere Umfang, welchen die meisten haben, ist allein entscheidend. Nicht unwahrscheinlich ist es, dass Spitzkugeln leichter als runde die grossen Gefässe und Nerven bei Seite drängen, ohne sie zu zerreissen. Herr Dr. Simon, welcher über Wirkung der Kugeln interessante Experimente angestellt hat, welche beweisen, dass die Kugel mit voller Kraft aus einem Gliede nur den getroffenen Theil herausschlägt, hat in dieser Beziehung die Spitzkugeln nicht geprüft. Es wäre möglich, dass diese mehr durchdringen als ihre Bahn herausschlagen.

2) Die Propulsion der Geschosse.

Die Kraft, mit welcher das explodirende Pulver die Geschosse vorwärts treibt, bestimmt die Schnelligkeit ihres Fluges; Kraft und Schnelligkeit sind dabei gewissermaassen als identisch zu betrachten, so dass bei grosser Schnelligkeit nicht einmal die Consistenz des Projectils so sehr in Betracht kommt; man kann bekanntlich mit einem Talglichte durch ein Brett schiessen. Die Propulsivkraft des Pulvers überwindet die Attractionskraft der Erde, nach der Richtung des Laufs, in annähernd gerader Linie; bei zunehmender Entfernung macht sich die Attractionskraft mehr und mehr geltend und die gerade Linie geht in eine deutlichere Curve über. Jedes Hinderniss, welches die Kugel auf

ihrem Wege trifft, vermindert ihre Kraft; feste Körper z. B., welche sie durchdringt oder entgegenkommende Luftströmungen. Je grösser die Schnelligkeit der Kugel ist, desto mehr durchdringt sie Gegenstände, die von ihr getroffen werden in gerader Linie, je mehr ihre Schnelligkeit abgenommen hat, desto leichter wird sie von ihrem Wege abgelenkt und fliegt weiter in demselben Winkel, in welchem sie auf den Gegenstand traf. Aber auch in der vollen Kraft ihres Laufs werden Kugeln durch Hindernisse davon abgelenkt; man sieht davon merkwürdige Beispiele bei Schüssen, die aus der nächsten Nähe gefallen sind. Ein Irrthum ist es, dass eine Kugel durch Abprallen an Kraft gewönne, sie wird immer dadurch geschwächt.

3) Der Auffallswinkel der Geschosse.

Wenn eine Bleikugel im rechten Winkel auf einen festen Körper trifft, so dringt sie entweder in denselben ein, oder, wenn die Consistenz des Gegenstandes dies nicht erlaubt, so erschüttert oder deplacirt sie ihn und plattet sich dabei oft ab und fällt zu Boden, wie z. B. Bleikugeln, welche auf eine eiserne Scheibe treffen. Von elastischen Gegenständen kann sie zurückgeschleudert werden, besonders bei schwacher Ladung. Es kommt dies leicht vor beim Gebrauche von Zimmerpistolen, welche nur mit gewöhnlichen Zündhütchen geladen werden. Trifft eine Kugel im Winkel, so prallt sie in demselben Winkel wieder von dem getroffenen Gegenstande ab, indem sie nach Umständen einen Eindruck darin hinterlässt, oder eine Strecke darauf hingleitet, ehe sie abprallt. Durch mehrfaches Treffen und

Abprallen kann eine Kugel zu dem Puncte zurückkehren, von dem sie ausgegangen ist. Dies kommt mitunter auf der Jagd vor, wenn der Boden hart gefroren ist und glatte Baumstämme in der Nähe sind, so dass dem Schützen der Hagel seines Schusses wieder entgegenkommt, freilich gewöhnlich ohne Schaden zu thun. Auch die abprallende Kugel erschüttert oder verschiebt den getroffenen Gegenstand.

4) Der Widerstand der getroffenen Theile.

Es handelt sich hierbei für uns nur um den menschlichen Körper, um die Kleidung und Armatur der Soldaten. In älteren Zeiten suchte man durch metallene Helme und Panzer Schutz gegen Wunden. Von diesen Schutzwaffen ist jetzt nicht mehr viel übrig geblieben; der lederne Helm schützt nicht einmal gegen einen tüchtigen Säbelhieb, um so weniger gegen eine Kugel und was seine metallenen Zierrathen, die Ueberbleibsel seiner Vorgänger, anbetrifft, so habe ich einmal den Reichsapfel des Doppeladlers im Gehirn wiedergefunden. Die metallenen Schilder und Schlösser an Bandelieren und Leibgürteln geben durch ihre grosse Stärke schon mehr Schutz. In Flensburg behandelte ich einen Jäger, dessen messingenes Gürtelschild von einer Kugel getroffen war. Dieses war dadurch so eingedrückt, dass man einen Löffel voll Wasser hineingiessen konnte. Jedenfalls hätte diese Kugel ihn getödtet, wenn sie daneben getroffen hätte, so kam er mit einer gelinden Peritonitis davon. Wäre jedoch dieses messingene Schild nicht an einem starken Riemen befestigt gewesen, so hätte ihn die Kugel wohl in den Leib hineingeschlagen. Ich be-

sitze einen Speciesthaler, der, auf ähnliche Weise hohlgeschlagen, im Dickdarm gefunden wurde, mit der Kugel und einer Messerspitze, welche sie ebenfalls aus der Tasche mitgenommen hatte. Der Verwundete, welcher noch 3 Tage lebte, hatte den Verlust seines Thalers gleich bemerkt. An Gewehren und Säbeln und deren Schnallen oder Haken prallt manche Kugel ab, andere verändern durch solches Anprallen ihre Form und dringen doch noch in den Körper. Nicht jede entstellte Kugel, welche man auszieht, hat sich deshalb durch Berühren eines Knochens verändert, abgesehen davon, dass sie schon früher, ehe sie in die Nähe des Verwundeten kam, aufgeschlagen und ihre Form verändert haben konnte. Die genaue Besichtigung der ausgezogenen Kugel verräth mitunter ihre Laufbahn, da das Blei mitunter kleine Splitter von den Gegenständen, welche sie traf, mitnimmt, z. B. Holzsplitter. Am häufigsten findet man kleine Knochensplitter mit dem Blei fest verbunden, so wie umgekehrt das Blei manchmal in der spongiösen Substanz der Knochen so fest sitzt, als sei es eingeschmolzen. Oft geben die Waffen der Verwundeten Aufschluss, indem man an ihnen die Spuren der Kugel entdeckt. Unter den Kleidungsstücken der Soldaten sind es besonders diejenigen Stoffe, deren Gewebe sich durch Elasticität und Zähigkeit ihrer Fäden auszeichnen, welche dem tieferen Eindringen von Flintenkugeln Hindernisse in den Weg legen und, ohne zu zerreissen, sackartig in den Schusscanal hineingetrieben werden, so dass die Kugel beim Entkleiden der Verwundeten mit ausgezogen wird, oder, häufiger, früher von selbst herausfällt. Der Filz des Czakos schützt

sehr wenig, Leder etwas mehr, das wollene Tuch, aus dem der Waffenrock gemacht ist, weniger als der elastische Buckskin, aus welchem die Beinkleider gemacht werden. Ich habe öfter gesehen, dass die Kugel aus dem Waffenrock ein rundes oder eckiges Loch herausgeschlagen hatte und die Hosen nicht durchdringen konnte. Die stärkeren Aufzugsfäden des Tuches widerstehen stärker als die schwächern Einschlagsfäden, die Kugel macht deshalb in solchen Geweben manchmal nur einen Schlitz in der Länge oder ein rechtwinkliges Loch. Leinwand und Seide hemmen die Kugel mehr als Baumwolle; sehr oft bleiben Kugeln im Hemde noch hängen. Watte, sowohl wollene als baumwollene, scheint wenig zu nützen, ich habe öfter grosse Portionen davon aus Schusswunden gezogen.

Verletzungen der Haut.

Die menschliche Haut widersteht nur dem Eindringen matter Kugeln und wird davon im verschiedensten Grade contundirt, von der leichtesten Quetschung an bis zur völligen Mortification der getroffenen Stelle, was aber gewöhnlich nur dann vorkommt, wenn ein Knochen dicht darunter liegt und die Kugel im rechten Winkel traf, z. B. am Sternum oder Schienbein. So schmerzhaft solche sogenannte Prellschüsse auch zu sein pflegen, so haben sie doch selten bedeutende Reaction zur Folge, nicht selten verwandelt sich ein Theil des gequetschten Coriums in einen trockenen Brandschorf, der sich aus Mangel an lebhafter Reaction sehr langsam abstösst. Auch ist es mir auffallend gewesen, dass die Contusion, welche bei solchen Anlässen die unter der

Haut liegenden Knochen erleiden mussten, in der Regel keine Knochenentzündung zur Folge hat, vermuthlich nur deshalb, weil dabei keine Blosslegung eintrat. Die kleinste Wunde macht unter solchen Umständen schon einen wesentlichen Unterschied, wie dies namentlich die Kopfverletzungen beweisen. Im stumpfen Winkel treffende Kugeln excoriiren die Haut und hinterlassen oft schmerzhafte, langsam heilende Verletzungen.

Hautstreifschüsse.

Eine im stumpfen Winkel treffende Kanonenkugel lässt manchmal die Haut unverletzt oder bringt sie nur stellenweise zum Platzen, während die Knochen zermalmt werden. Dies nannte man früher Luftstreifschüsse, die nicht existiren, es sind wirkliche Streifschüsse. Sehr oft dringt eine im stumpfen Winkel treffende Kugel nur durch die Haut, macht eine Wunde im subcutanen Zellgewebe und geht dann wieder durch die Haut heraus, Haarseilschuss. Bei diesen Schüssen ist die Austrittsöffnung häufig grösser als die Eintrittsöffnung. Diese Wunden heilen verhältnissmässig sehr langsam und erfordern zuweilen die Durchschneidung der Hautbrücke, wenn diese sehr entartet ist. Man darf diese Wunden nicht zu lange mit kalten Umschlägen behandeln.

Herr Blandin hat sich das Verdienst erworben, die Wundärzte der neueren Zeit darauf aufmerksam zu machen, dass die ältere, noch von Dupuytren vertretene Lehre nicht richtig sei, dass die Eintrittsöffnung der Kugel immer kleiner sei, als die Austrittsöffnung. Man hat sich jetzt überzeugt, dass Blandin Recht hatte. Beim Eindringen der Kugel kommt die Elasticität der

Haut, welche durch die unter ihr liegenden Theile gespannt wird, nicht in Betracht, sie schlägt deshalb gewöhnlich ein Hautstück heraus, dagegen beim Austreten der Kugel kann dieselbe die Haut verlängern, ehe sie dieselbe durchreisst, ohne einen Substanzverlust zu veranlassen. Mit den übrigen weichen Theilen muss es sich auf ähnliche Weise verhalten, nach dem Grade ihrer Elasticität. Es erklärt sich daraus auch die von Hunter bemerkte Thatsache, dass die Schusswunde fast unter allen Umständen von ihrem Ausgangsende her zuheilt. Dies geschieht selbst dann, wenn der Ausgang am tiefsten Puncte liegt, so dass man glauben sollte, der Eiter müsse dort schon das frühere Zuheilen verhindern. In der Nähe des Eingangs ist der Substanzverlust und die Quetschung grösser, in der Nähe des Ausgangs erfolgte die Trennung des Zusammenhangs, nach vorhergegangener Ausdehnung, durch Zerreissung. Die Wunde kann sich deshalb, nach Wiederherstellung des Tonus in der Nähe der Ausgangsöffnung, leichter zusammenziehen als an der Eintrittsöffnung. Es ist übrigens nicht zu verwundern, dass dieser Umstand den Militairärzten entgangen war, sie haben in der That nicht Zeit sich viel darum zu kümmern, in Augenblicken, wo viele Verwundete auf einmal ankommen. Auch ist die genaue Vergleichung der beiden Wundöffnungen nicht immer so leicht. Aus dem Angeführten lässt sich im Allgemeinen schliessen, unter welchen Umständen die Ausgangsöffnung grösser sein wird, nämlich da, wo die Elasticität der Gewebe an der Ausgangsstelle nicht zur Wirksamkeit kommen kann, z. B. wenn dieselbe vom Tornister oder einem andern festen Körper gedeckt

wird und wenn die Kugel sich bei ihrem Laufe durch den Körper an einem Knochen platt schlug oder wenn sie Knochenstücke mit herausschlägt. In diesem Falle sind mitunter mehrere Ausgangsöffnungen vorhanden.

Die furchtbarsten Hautverletzungen, mittelbst Abreissen, entstehen durch geplatzte Bomben und Granaten. Ich sah einen Fall, wo die Haut von der ganzen innern Hälfte des Oberschenkels durch Granatstücke abgerissen war. Der Verwundete lebte noch mehrere Monate und hatte merkwürdiger Weise an andern Körperstellen keine Verletzung. Von den Verbrennungen durch Schiesspulver ist schon früher die Rede gewesen; nur die mehr einzeln eindringenden Pulverkörner heilen dabei in die Haut ein und hinterlassen zeitlebens Flecke; wo sie in grosser Zahl eingedrungen sind, werden sie durch Eiterung ausgestossen, und hinterlassen Narben, welche einige Aehnlichkeit mit leichten Blatternarben haben. Sie sind offenbar weniger gefährlich als Verbrennungen durch siedende Flüssigkeiten und andere im gewöhnlichen Leben vorkommende ausgedehnte Verbrennungen, was man ohne Zweifel der kürzeren Berührung durch die Flamme zuzuschreiben hat. Man behandelt sie wie andere Verbrennungen, anfangs mit kalten Umschlägen, nachher mit Leinöl und Kalkwasser, oder Leinöl allein.

Verletzungen der Muskeln und Aponeurosen.

Die Muskeln erleiden bei Kernschüssen einen Substanzverlust durch die ganze Länge des Wundcanals, wie Simon bewiesen hat, der die herausgeschlagenen Fleischfasern sammelte und wog und deren Gewicht dann einem Fleischcylinder, von der Dicke der Kugel,

beinahe gleich kam. Nach der Heilung der Wunde kann man an oberflächlich liegenden Muskeln diesen Substanzverlust, welcher die Function derselben nicht häufig wesentlich beeinträchtigt, ganz deutlich fühlen. Ermattet die Kugel auf ihrem Wege durch die Muskeln, so durchreisst sie deren Fasern, ohne sie herauszuschlagen, und drängt sie an die Wände des Schusscanals. Ehe die Kugel die Muskeln durchdringt, reisst sie häufig den dieselben umgebenden Zellstoff in grossem Umfange ab und erzeugt auf diese Art Räume, in denen der Finger sich verirrt, wenn man den Schusscanal untersucht.

Beim Durchtritt der Kugel durch die aponeurotischen Muskelscheiden macht sich die Elasticität ihrer Längsfasern geltend, deshalb ist das Loch in der Fascie etwas kleiner als das der Haut und der Muskeln, was man am Oberschenkel am besten beobachten kann. Sehnen weichen den Kugeln häufig aus oder leiten sie von ihrer Bahn ab, wenn sie freiliegen. Ich habe z. B. die Achillessehne nie abgeschossen gefunden, öfter dagegen z. B. die Sehne des Caput longum bicipitis am Oberarm, welche nicht ausweichen kann.

Verletzungen des Nervensystems.

Die Folgen derselben sind vierfacher Art: 1) Erschütterung, 2) Irritation, 3) Quetschung, 4) Zerreissung und Substanzverlust, Continuitätstrennung.

1) Erschütterung des Nervensystems.

Die Zufälle der Erschütterung des Nervensystems werden sehr häufig bei Schusswunden beobachtet, im Gebiete des gesammten Nervensystems durch Bewusst-

losigkeit, Pulslosigkeit, Unempfindlichkeit gegen äussere Reize, welche in Tod übergehen kann, wenn nicht durch horizontale Lage und Reizmittel das fliehende Leben aufgehalten wird. Im geringern Grade durch Zittern, Kälte, Blässe, kleinen fadenförmigen Puls, Erscheinungen, welche auch bei Prellschüssen und andern leichten Verletzungen durch Kugeln vorkommen und leicht vorübergehen. Sie mögen wohl mit der eigenthümlichen Empfindlichkeit des Nervensystems in Verbindung stehen, aber auch die Wirkungsweise der Kugel muss darauf Einfluss haben. Wenn eine Kugel im Kernschuss einen Körper durchdringt, so ist ihre Schnelligkeit so gross, dass sich die Erschütterung nicht weiter fortpflanzt, sondern mehr oder weniger auf die getroffene Stelle beschränkt. Wenn man eine Scheibe mit ihrem Pfahl ganz lose im Erdboden befestigt, so dass man sie mit einem Finger umstossen kann, wird sie doch von dem Kernschuss einer Pistolen- oder Büchsenkugel nicht umgeworfen, sondern diese dringt hindurch ohne die Scheibe nur sichtbar zu erschüttern. Bei schwacher Ladung, oder grösserer Entfernung, fällt die Scheibe um. Also der Kernschuss erschüttert nicht, wohl aber die matte Kugel. Diese Erfahrung beim Scheibenschiessen, von der ich öfter Zeuge gewesen bin, muss auf die Lehre von der Erschütterung des menschlichen Körpers ihre Anwendung finden; es erklärt sich daraus, warum leichte Verletzungen durch matte Kugeln oft heftigere Zufälle von Erschütterung hervorbringen als schwerere Verletzungen, wobei sogar das Skelet getroffen wurde, von dem man vermuthen sollte, dass es die Erschütterung am besten fortzuleiten im Stande wäre. Projectile, welche im Körper

stecken bleiben, werden deshalb im Allgemeinen heftigere Erschütterungen hervorbringen als durchdringende. Ausserdem scheint durch das Zerbrechen eines Knochens auch die Kraft der Kugeln gebrochen zu werden. Sehr auffallend ist die kurze Andauer der Erschütterungszufälle bei Hirnschädelbrüchen durch Flintenkugeln, sie stimmt aber ganz überein mit dem, was man bei den Kopfverletzungen sieht, welche in Friedenszeiten durch die verschiedenartigsten Waffen hervorgebracht werden. Wenn die Hirnschale brach, so sind die Zufälle der Erschütterung in der Regel viel weniger andauernd als wenn sie nicht brach.

Die Erörterungen über die materiellen Vorgänge bei Erschütterungen der Centralorgane des Nervensystems sind bei den Kopfverletzungen berührt worden, ihre materielle Grundlage unterliegt keinem Zweifel und lässt sich anatomisch nachweisen, aber viel räthselhafter sind die auf einzelne Glieder beschränkten Erschütterungszufälle durch Kugeln oder andere Gewaltthätigkeiten, wobei Gefühl und Bewegung grössten Theils aufgehoben sind. In Freiburg amputirte ich vor der Erfindung der Aetherisation eine Frau, welche durch Hinausschleudern aus einem offenen Wagen eine sehr complicirte Luxation und Fractur des Fussgelenks erlitten hatte, 36 Stunden nach geschehener Verletzung. Sie hatte bis dahin von dieser furchtbaren Verletzung nur mässige Schmerzen gehabt. Sie fühlte von der ganzen Amputation nur die Absägung der Knochen. Ein Theil der Haut wurde brandig, obgleich ich den Lappenschnitt gemacht hatte. Erst nach 8 Tagen hatte diese Patientin beim Verbinden ihres Stumpfes das nor-

male Gefühl der Wunde. An Gliedern, welche von Bomben oder Kanonenkugeln verletzt worden sind, hat man ähnliche Erfahrungen gemacht, indem die Verwundeten wenig von der Amputation fühlten.

Da die Gefässe bei solchen Amputationen wie gewöhnlich bluteten, so kann man die gestörte Innervation nicht auf Rechnung eines veränderten Kreislaufs schieben. In manchen Fällen ist sie gewiss der temporären Aufhebung der Muskelspannung zuzuschreiben, welche bei jeder Fractur Statt findet, indem die Muskeln nicht mehr von unverletzten Knochen in gewohnter Lage erhalten werden. Nach der Tenotomie kommen bekanntlich ähnliche Erscheinungen veränderter Innervation vor, welche erst völlig verschwinden, wenn nach Heilung der durchschnittenen Sehne sich die Muskelspannung wieder herstellt. Dies scheint aber nicht der einzige Grund zu sein. Es liegt die Vermuthung am nächsten, dass die heftige Quetschung vieler peripherischen Nervenfäden durch Ueberreizung eine vorübergehende Lähmung zur Folge habe, wie man dies auch bei Versuchen an Thieren mit den verschiedensten mechanischen oder physikalischen Reizmitteln hervorzubringen vermag. Bei einer einfachen subcutanen Fractur geht die Erschütterungsperiode schnell vorüber, bei einer Schussfractur dauert sie viel länger, weil hier eine ausgedehnte Quetschwunde der weichen Theile hinzukommt. Die von Zerquetschung weicher Theile abhängigen Erschütterungszufälle scheinen mir den Wirkungen starker elektrischer Schläge vergleichbar, welche alle Grade einer vorübergehenden oder bleibenden Lähmung hervorzubringen im

Stande sind, die wir vorläufig nur durch das Uebermaass von Reizung zu erklären wissen.

2) Nerven-Irritation.

Ich verstehe darunter die Innervationssteigerung des getroffenen Theils und die davon abhängige, verstärkte Reflexthätigkeit. Nichts ist so überraschend für einen Neuling in der Militairchirurgie als die anfängliche geringe Schmerzhaftigkeit der Schusswunden im Allgemeinen, selbst wenn sie sehr empfindliche Theile, wie die Finger und Zehen, Theile des Gesichts oder die Geschlechtstheile betreffen. Tiefe Stille herrscht in einem Saale voll Verwundeter die ersten Nächte nach der Schlacht. Erst wenn die Entzündung sich steigert, werden die Schmerzen allgemeiner und erreichen doch kaum den Grad wie bei Verletzungen im gewöhnlichen Leben. Es ist nicht zu verkennen, dass die Kugel im Allgemeinen die Reizbarkeit der getroffenen Theile abstumpft, indem sie die unmittelbar getroffenen Nerven zerstört oder fortreisst und in weiterem Kreise durch Erschütterung schwächt. Selbst die durch Kugeln veranlassten Fracturen mit ihren Knochenspitzen und Splittern sind anfangs nicht so schmerzhaft als die gewöhnlichen, weil die Muskeln erst später ihren Tonus wiedergewinnen, sich verkürzen und die Fragmente in die weichen Theile treiben. Dies kommt wohl zum Theil von der durch Zertrümmerung verminderten Länge der Fragmente, zum Theil aber von direct vermindertem Tonus der Muskeln selbst. Ich war im Felde sehr dadurch überrascht, dass bei Amputationen des Oberschenkels wegen Verletzung des Kniegelenks, wo also keine Continuitätstrennung eines ganzen

Knochens Statt fand, die Muskeln der kräftigen jungen Leute nicht so fest und derb waren, als ich erwartet hatte, sondern eher schlaff; der einzeitige Zirkelschnitt, welcher bei fester Muskulatur seine Schwierigkeiten hat, konnte überall, wo er sonst indicirt war, leicht gemacht werden. Auch hier machte sich also die Verminderung des Muskeltonus durch die Verletzung geltend. Ungewöhnlich schmerzhaft sind nur solche Schusswunden, bei denen nervenreiche Stellen durch partielle Zerreissung blossgelegt werden, daher viele Streifschüsse der Haut, Zerreissungen der Gewebe durch geplatzte Granaten und Bombenstücke oder abgeplattete oder scharfkantig gewordene Bleikugeln. Aeusserst schmerzhaft sind im Gelenke eingekeilte Kugeln, aber nur wenn die Kugel sich theilweise zwischen die Gelenkfläche geklemmt hat, nicht, wo die Gelenkenden ausgiebig zertrümmert wurden. Am Kniegelenke habe ich diese ungewöhnlichen Schmerzen von eingekeilten Kugeln mehrere Male gesehen. Nach der Amputation hörten diese Schmerzen auf. Bei Einkeilung einer Kartätschenkugel im Fussgelenk, welche Calcaneus und Astragalus durchdrungen hatte, dauerten ungewöhnliche Schmerzen noch mehrere Wochen lang nach der sofortigen Amputation. Die Physiognomie des Patienten war durch die Schmerzen so entstellt, dass man ihn später, als sie nachgelassen hatten, kaum wieder kannte. Ein Theil der Haut wurde brandig. Eben so andauernd waren die Schmerzen nach Extraction der Kugel aus den Ossa cuneiformia in einem Falle und Monate lang dauernd, in einem andern nach Ausziehung einer Kugel aus dem Calcaneus, welche dessen Gelenk mit dem Astragalus geöffnet und gespannt

haben musste. Im weitern Verlaufe werden die Schusswunden, ausser durch Entzündung, besonders empfindlich durch Pyämie und durch Erkältung. In der That scheint die Erkältung das wesentlichste Moment zur Entstehung des Wundstarrkrampfes bei Schusswunden, so gut wie bei andern Wunden zu sein, daher derselbe vorzüglich in solchen Ländern vorkommt, wo nach heissen Tagen sehr kühle Nächte folgen. In den Herzogthümern war der Wundstarrkrampf im Ganzen selten und unter unzähligen Fällen von Schusswunden der Finger und der Hand kam er nur ein einziges Mal nach einer Verletzung an der Hand und dem Zeigefinger vor. In diesem Falle war aber die Hand noch in anderer Weise heftig gereizt worden. Ein tapferer Officier erhielt bei Friedrichstadt eine Flintenkugel auf das Degengefäss, welches dadurch so verbogen wurde, dass es die Hand einklemmte, welche ausserdem noch durch die Kugel am Os metacarpi und Phalanx prima indicis verletzt wurde. Ein sehr starker Arzt machte unglücklicher Weise einen vergeblichen Versuch den Degen von der Hand zu reissen. Er musste abgefeilt werden. In diesem Falle waren die Schmerzen in den ersten 48 Stunden äusserst heftig, wurden aber durch Opium völlig beschwichtigt. Auch in diesem Falle traten die Erscheinungen des Trismus erst nach 14 Tagen ein, nachdem der Patient in ein feuchtes, kühles Zimmer gelegt worden war. Er hatte dies selbst veranlasst, weil er den ganzen Tag Besuch hatte, den die beiden andern Verwundeten, mit denen er bis dahin zusammenlag, nicht vertragen konnten. In diesem Falle, wie in zwei andern, waren in dem verletzten Gliede locale

tetanische Erscheinungen und ungeachtet des tödtlichen Ausgangs kam es doch nur zu einem unvollständigen Trismus, ohne Tetanus universalis. Es ist bekannt, wie häufig im gewöhnlichen Leben der Tetanus nach Fingerverletzungen ist, ich habe selbst drei Fälle von tödtlichem Tetanus nach Quetschungen des kleinen Fingers erlebt, zwei nach Verletzungen des Daumens und einen Fall, wo mehrere Finger verletzt waren. Dagegen muss es auffallen, dass Schusswunden an Fingern und Zehen so wenig Neigung dazu verrathen. Es wäre interessant, in dieser Beziehung die Berichte der Aerzte in Fabrikdistricten kennen zu lernen, wo durch Maschinenkraft häufig Fingerverletzungen vorkommen. Was ich davon gesehen habe verlief ohne Tetanus. Die Quetschung durch Maschinenkraft ist der durch Schüsse sehr ähnlich. Aeusserst schmerzhaft sind die Zerquetschungen des Bulbus, welche häufig ohne bedeutende Nebenverletzungen vorkommen. Die heftigsten Schmerzen dauern oft Wochen lang fort.

3) Nerven-Quetschung.

Die Nerven-Quetschungen sind merkwürdiger Weise noch wenig beachtet worden; ich war erstaunt, im Felde so häufige und lehrreiche Beobachtungen darüber machen zu können, da ich a priori erwartete, dass der von einer Kugel gequetschte Nerv seine Function nicht wieder übernehmen werde. Es fehlt über diesen Gegenstand freilich noch die pathologische Anatomie grösstentheils, aber diese könnte leicht durch Experimente ergänzt werden, da es leicht ist, alle Grade der Quetschung hervorzubringen und die Unterbrechung und Wiederherstellung der Nervenfunction zu beobachten.

Am häufigsten habe ich bei Schüssen im Gesicht eine vorübergehende Lähmung des Facialis beobachtet, welche sich nach einigen Wochen oder Monaten wieder verlor. In allen betreffenden Fällen war die Kugel von vorn nach hinten durch die Parotis gegangen und hatte den Stamm des Facialis verschont. Da die Aeste desselben zum Theil mitten in der Parotis und auf dem Masseter liegen, so ist es begreiflich, dass sie von der Kugel nicht so leicht vollständig zermalmt werden, wenn diese darüber hinfährt. Am merkwürdigsten waren mir die Fälle von vorübergehender Lähmung eines Armes durch Quetschung des Plexus brachialis, wo die Kugel dicht über dem Schlüsselbein an der Aussenseite des Sternocleidomastoideus eingedrungen und im Nacken wieder ausgetreten war. Ich habe drei Fälle dieser Art beobachtet. In dem einen war ein so hoher Grad von Dyspnoe zugegen, dass der Patient die ersten 4 Tage nur sitzend zubringen konnte und dass der behandelnde Arzt an eine Lungenverletzung glaubte; da die Exploration des Thorax und die Richtung der Wunde dem aber widersprachen, so äusserte ich die Vermuthung, dass ausser dem Armgeflecht auch der Nerv. phrenicus gequetscht sei. In diesem Falle war die Verletzung an der linken Seite des Halses. Die Dyspnoe verlor sich unerwartet schnell. Die Lähmung des Arms war in Bezug auf die Bewegung vollständig, in Bezug auf das Gefühl unvollständig. Die Herstellung der Bewegung erfolgte in allen Fällen nur sehr allmählig in mehreren Monaten. Einer der Patienten, Lieutenant A., konnte nach 3 Monaten noch Nichts mit dem gelähmten Arme anfangen, erhielt aber doch später den

vollständigen Gebrauch desselben wieder. Ich stellte in diesem Falle eine sehr günstige Prognose, nachdem ich mich überzeugt hatte, dass jede einzelne Bewegung, wenngleich ohne alle Energie, wieder ausgeführt werden konnte. Baudens, der einen ähnlichen Fall beschreibt, nimmt an, die Nerven seien zerrissen gewesen, was ich nicht glaube. Eine vollständige Heilung scheint mir dabei unmöglich zu sein. Bei Fröschen, denen ich die Nerven für die hintere Extremität freilegte und einmal mit der Pincette quetschte, wodurch sogleich eine kleine, runde Anschwellung, durch Extravasat im Neurilem entsteht, war nach 3 Monaten Gefühl und Bewegung nur unvollkommen wieder hergestellt.

Vielleicht noch merkwürdiger war ein Fall von Quetschung des linken Quintus durch einen Schuss, welcher quer durch das Gesicht, links hinter der Highmorshöhle durchgegangen war und die rechte Highmorshöhle durchschlagen hatte. Der Unglückliche hatte 27 Stunden in einem Gehölze verborgen gelegen, ehe er gefunden war. Die Sensibilität der linken Gesichtshälfte und Zungenhälfte blieb fast 4 Wochen lang aufgehoben. Das Auge fing an sich stark zu trüben, wurde aber durch Zukleben der Augenlieder vollständig erhalten.

Ein Fall von Quetschung des linken Nerv. vagus, wo die Kugel hinter beiden Carotiden quer durch den Hals gegangen war, verlief nach 3 Wochen tödtlich, und bei der Section zeigte sich, dass an der gequetschten Stelle die Nervenscheide nur einen milchähnlichen Inhalt hatte; es lag aber auch ein Faden von dem schwarzen seidenen Halstuche des Verwundeten daneben. Die Kugel hatte diesen Nerven gegen die Wirbelsäule

angedrückt, seine Functionen waren vom Augenblicke der Verletzung an aufgehoben, in der linken Lunge fehlte das Respirationsgeräusch, und stellte sich auch nicht wieder ein. Der rechte Nerv. vagus, welcher nur gestreift worden war, zeigte bloss eine unbedeutende Verdickung seines Neurilems. Seine Functionen waren allem Anscheine nach nicht gestört worden.

Dass die Nerven durch ihr starkes Neurilem einen bedeutenden Schutz gegen Verletzungen besitzen, ist nicht zu bezweifeln. Man sollte doch z. B. glauben, dass bei Zerschmetterungen des Ellenbogengelenks der Ulnarnerv leicht zerrissen oder verletzt werden müsse und doch habe ich bei mehr als 30 unter meiner Leitung und Assistenz oder von mir selbst resecirten, zerschmetterten Ellenbogengelenken die Functionen dieses Nerven nie aufgehoben gefunden. Mit Hülfe ihres zähen Neurilems weichen die Nerven der Kugel sowohl, als auch der Zerreissung, leichter aus. Werden sie durch eine Kugel gegen einen Knochen angedrängt, so kann ihre Function vorübergehend gestört werden, wenn dieser Druck gegen einen Knochen durch andere zwischenliegende weiche Theile gemässigt wird. Man wird also vorzugsweise nur dann auf Nervencontusion schliessen dürfen, wenn die Möglichkeit einer solchen gegen einen festen Körper gegeben ist; wo diese fehlt, ist bei weitem weniger Aussicht auf Wiederherstellung der Function vorhanden, wenn eine Schusswunde Lähmung im Gebiete eines Nerven veranlasst hat, der im Schusscanale verläuft. Meine persönliche Erfahrung bestätigt diese Annahme vollkommen. Wenn bei Schüssen an den Extremitäten, welche den

Knochen nicht berührt hatten, Lähmungen erfolgten, so waren sie meistens permanent. Ebenso wenig Hoffnung ist vorhanden, wenn der hinter dem gelähmten Nerven liegende Knochen von der Kugel zerschlagen wurde. In drei Fällen von Verletzung des Nerv. ischiadicus stellte sich auch keine Spur von Gefühl oder Bewegung in dessen Gebiete her.

Diese Bemerkungen scheinen mir nicht ohne praktische Wichtigkeit. Auf der einen Seite gestatten sie in manchen Fällen eine bessere Prognose, in andern dagegen, wo die örtlichen Verhältnisse eine Nervencontusion nicht begünstigten, begründen sie die Vermuthung, dass eine Wiederherstellung der Function nicht eintreten werde. Dies ist mitunter erforderlich, um eine Amputation zu rechtfertigen, z. B. wenn die Art. brachialis abgeschossen und zugleich Lähmung der Hand und des Vorderarms vorhanden ist. Auf meinen Rath machte Dr. Thiersch, jetzt Professor der Chirurgie in München, in Rendsburg eine solche Amputation und es fand sich, dass ausser der Art. brachial. noch der Nerv. medianus durchschossen war. In Erlangen wurde ich im Jahre 1838 Nachts zu einem Studenten gerufen, der 5 Wochen vorher einen Stich in die Achselhöhle erhalten hatte. Die Blutung war anfangs heftig gewesen, aber durch Compression gestillt worden. Der Vorderarm und die Hand waren völlig gelähmt und blieben es auch später. Eine harte Geschwulst hatte sich an der verwundeten Stelle gebildet. Die Studenten der Medicin, welche ihn behandelten, hatten deshalb Quecksilbersalbe einreiben lassen. Eines Morgens findet man den allein liegenden Verwundeten ohnmächtig im Blute

schwimmend. Die Wunde hatte sich wieder geöffnet. Erst Abends, als die Blutung wiederkehrte, wurde ich gerufen. Ich unterband die Axillaris an der verletzten Stelle oben und unten. Der Vorderarm wurde brandig, stiess sich dicht unter dem Ellenbogengelenk ab und bildete einen hinreichend guten Stumpf. In diesem Falle hatte ich die Hoffnung gehegt, dass die Lähmung des Vorderarmes nur die Folge von Compression durch feste Coagula sei und sich nach deren Entfernung heben werde. Da dies nicht erfolgte, so ist wohl anzunehmen, dass das Armgeflecht durch den Degen durchschnitten worden sei. Indess hatte ich keine Ursache es zu bereuen, die Exarticulation der Schulter unterlassen zu haben, da ein neuer Blutverlust dem schwachen Leben ein Ende hätte machen können.

Im Jahre 1851 amputirte ich den Oberarm eines 8jährigen Mädchens, bei dem durch eine complicirte Luxation der Humerus im Ellenbogengelenk die Art. brachialis und der Nerv. medianus zerrissen waren. Blutung war nicht eingetreten, der Vorderarm war brandig geworden.

Man sollte glauben, dass eine so heftige Nervencontusion, wie eine Kugel sie veranlassen muss, spontane Schmerzen oder Empfindlichkeit gegen Druck im Verlaufe der Nerven oder wenigstens an der getroffenen Stelle veranlassen müsse. Dies ist indess nach meinen Erfahrungen nur in sehr beschränktem Maasse der Fall. Schon in der Civilpraxis habe ich die Erfahrung gemacht, dass das Neurilem sich nach Quetschungen erst dann leichter entzündet, wenn ein rheumatisches Element hinzukommt. Dadurch entbehren wir bei Nervencontu-

sionen eines diagnostischen Moments, welches man a priori als nothwendig annehmen sollte. Ueberhaupt haben Nervenstämme eine merkwürdige Indifferenz in Betreff der Entstehung von Entzündung durch traumatische Einflüsse. In Freiburg starb in meiner Klinik ein sehr kachektischer Mann an einer complicirten Fractur beider Knochen des rechten Unterschenkels, welcher an beiden Beinen varicöse Geschwüre hatte, durch Entkräftung, ohne dass der Zustand der Fractur eine Amputation zu erheischen schien, die ohnehin jedenfalls einen tödtlichen Ausgang gehabt haben würde. Bei der Section zeigte es sich, dass der Nerv. peronaeus sich gerade zwischen die Fragmente der Fibula gelagert hatte, welche an der Stelle gebrochen war, wo dieser Nerv sich um die Fibula herumschlägt. Die Tibia war eine Hand breit tiefer gebrochen und hatte die Haut durchbohrt. In diesem Falle waren keine Schmerzen nach dem Verlaufe des Nerv. peronaeus vorhanden gewesen und das Neurilem zeigte sich nur wenig verdickt.

Wie wenig Neigung das Neurilem habe an der Entzündung benachbarter Organe Theil zu nehmen, zeigt die Resection des Ellenbogengelenks. Nie habe ich dabei erhebliche excentrische Schmerzen im Gebiete des Ulnaris beobachtet.

Im Jahre 1852 kam in meine Klinik ein Bauer, der seit 24 Stunden an einer vollständigen Lähmung des Deltoides und Biceps des linken Armes litt. Er sagte, er hätte in der Nacht auf dem Arme gelegen und habe ihn am Morgen nicht mehr gebrauchen können. Da dies ein Montag Morgen war, so vermuthete ich,

dass er am Sonntag Abend betrunken zu Bette gegangen sei. Er gestand dies. Ich befühlte die Gegend des Nerv. circumflexus und das Armgeflecht in der Achselhöhle und am Halse. Nirgends fand sich eine empfindliche Stelle. Obgleich ich diese Lähmung von Contusion des Armgeflechts ableitete, so beschloss ich doch vorher, des Experimentes wegen, die Elektropunctur zu versuchen. Ich bohrte zwei Nadeln in den Deltoides und setzte diesen durch einen Rotations-Apparat in lebhafte Zuckungen. Nach diesem Experimente blieb die Lähmung ganz wie vorher, keine Spur von willkührlicher Bewegung des Deltoides war zu entdecken. Am folgenden Tage war nicht bloss die Gegend des Nerv. circumflexus, sondern auch das Armgeflecht hoch in der Achsel und am Halse gegen Druck sehr empfindlich. Hier hatte der elektritrische Strom den Entzündungsprocess erst angefacht. Durch Schröpfköpfe und Quecksilbersalbe wurde der Mann völlig geheilt, ohne dass ich von dem Rotations-Apparate wieder Gebrauch gemacht hätte. Ein anderer Fall kam bald nachher vor. Ein kräftiger junger Mann hatte eine vollständige Lähmung der Hand, nachdem er an einem Tische sitzend auf dem gebogenen Vorderarme liegend geschlafen hatte. In diesem Falle waren Medianus und Radialis am dritten Tage beim Drucke empfindlich. Blutegel, kalte Umschläge, später Quecksilbersalbe hoben die Lähmung grösstentheils, es mussten zuletzt aber noch locale Reizmittel angewendet werden.

Hat man den Begriff der Nervencontusion erst gefasst, so wird man sie schwerlich durch andere Mittel bekämpfen wollen als durch solche, welche man gegen

Quetschungen überhaupt anwendet, Blutentziehungen, Umschläge, Einreibungen. Reizmittel müssen hier offenbar erst eben so spät versucht werden, wie bei Lähmungen nach blutigen Apoplexien, mit denen man die Contusion der Nervenstämme als analoge Zustände betrachten kann.

Von der Nervencontusion, deren lähmende Wirkung sogleich der Verletzung folgt, müssen diejenigen consecutiven, meist vorübergehenden Lähmungen unterschieden werden, auf welche Hennen schon aufmerksam gemacht hat, welche die Folge von Entzündung in der Umgegend der Nerven und ihres Neurilems oder des Drucks einer Entzündungsgeschwulst oder Pulsadergeschwulst sind. Ihre Diagnose kann keine Schwierigkeit haben, wenn man die Reihenfolge der Erscheinungen kennt. Bei entzündlicher Anschwellung treten am leichtesten Lähmung oder heftige Schmerzen in solchen Nerven ein, welche durch enge Knochencanäle verlaufen, deshalb ist auch wohl die Paralyse des Facialis ein so häufiges Ereigniss, sowohl in Folge rheumatischer Entzündung als auch von Caries des Felsenbeins. Möglicher Weise können die von mir beobachteten vorübergehenden Lähmungen des Facialis auch nur auf traumatischer Neuritis beruht haben, wenigstens zum Theil, da ich nicht dafür einstehen kann, dass sie gleich nach erhaltener Wunde entstanden sind.

4) Continuitätstrennungen der Nerven.

Partielle Continuitätstrennung von Nervenstämmen stehen in sehr üblem Rufe und sollen die heftigsten andauernden Schmerzen, locale und allgemeine Krämpfe

und Starrkrampf nach sich ziehen. Es würde indess eine ganz unrichtige Vorstellung sein, wenn man glauben wollte, es bedürfe der Verletzung eines grösseren Nervenstammes um heftige Schmerzen und Krämpfe hervorzubringen. Die weitausstrahlenden heftigen Schmerzen, welche ein cariöser Zahn verursachen kann, beweisen dies schon. Unter beinahe 30 Fällen von Tetanus, welche ich beobachtet habe, war ein einziger, welcher sich auf Verletzung eines grösseren Nervenstammes zurückführen liess. Bei der Annahme, dass partielle Nervendurchschneidungen sehr heftige Zufälle erregten, ist man von der falschen Voraussetzung ausgegangen, dass der Nerv eine so beträchtliche Retractionskraft wie die Arterien besitze und dass, durch diese Retraction, Spannung des ungetrennten Theils des Nerven erfolge. Man gründete darauf den Rath, unter solchen Umständen den Nerven völlig zu trennen. Den Nervenstämmen geht nun aber dieser Grad von Retractionsvermögen, wie die Arterien ihn besitzen, vollends ab. Kein Theil hat solche Neigung hinter der Retraction der übrigen durchschnittenen Organe eines Amputationsstumpfes zurückzubleiben als gerade die Nerven. Wenn deshalb, bei partiell getrennten Nerven, sehr heftige Zufälle auftreten, so müssen noch andere Bedingungen dazu vorhanden sein. Es giebt unendlich viele cariöse Zähne in der Welt, die nie schmerzhaft sind; in chirurgischen Kliniken, wo auch Zähne ausgezogen werden, kann man die Zahl der sich dazu Meldenden immer so ziemlich als Wetterglas betrachten. Die Temperaturverhältnisse haben also einen bedeutenden Einfluss. Bei complicirten Wunden kommen aber noch andere Momente in Betracht, ausser

den constitutionellen, welche auf rheumatischer, gichtischer, hysterischer und hypochondrischer Anlage zu Neurosen beruhen. Ich will in dieser Beziehung einige Beispiele anführen. Im Jahre 1849 am 20. Juli liess ich die Resection des Schlüsselbeins an einem jungen Soldaten machen wegen eines Schiefbruchs durch einen Flintenschuss, den er am 6ten erhalten, wobei sich das äussere Fragment in den Plexus brachial. hineingebohrt hatte. Der Patient hatte äusserst heftige Schmerzen in beiden Armen und konnte keinen von beiden bewegen, obgleich Lähmung nicht vorhanden war, denn die Finger wenigstens konnte er rühren, aber unter vermehrten Schmerzen. Diese Operation verschaffte dem Patienten einige Erleichterung, konnte aber den Tod nicht mehr verhindern, welcher wenige Tage darauf an Pyämie erfolgte. Der Plexus brachialis war an der verletzten Stelle entzündet, das Rückenmark aber nicht, wie ich erwartet hatte. In diesem Falle mussten alle Bewegungen, sogar die respiratorischen, die verletzten Nerven reizen. Die Bewegungen der unverletzten Extremität waren aufgehoben, weil sie durch Reflex auf die verwundete wirkten.

Aeusserst heftige Schmerzen nach dem Verlauf des Nerv. saphenus kamen vor bei einem preussischen Hauptmann, welcher bei Veile einen Schuss durch den linken Schenkelhals erhalten hatte. Die Kugel, welche nach aussen neben der Art. femoralis eingedrungen war, musste den Cruralnerven getroffen haben. Die Schmerzen hörten vollständig auf, nachdem die Fragmente auf einem Planum inclinatum duplex eine glückliche Lagerung bekommen hatten. Der Tod erfolgte durch

Eiterung; zwischen den Fragmenten lag ein Stück Tuch.

Aeusserst heftig waren auch die Schmerzen bei einer Schussfractur des linken Humerus eines am 4. October 1850 bei Friedrichstadt Verwundeten im obern Drittheil mit Lähmung im Gebiete des Nerv. medianus, gegen welchen ohne Zweifel das untere, scharfe Fragment andrängte; der Pectoralis major, wie Latissimus dorsi waren in der höchsten Anspannung und pressten das obere Fragment gegen den Thorax. Der behandelnde Arzt, welcher Tetanus befürchtete, drängte mich zu einer Resection des scharfen Fragments. Da ich indess erfuhr, dass häufige Versuche der Reposition, durch Ziehen an dem Arme, und Einreibungen an dem Gliede selbst, gemacht worden waren, so rieth ich bloss dazu, den Arm in Ruhe zu lassen! Schmerzen und Krampf verloren sich dabei allmählig und der Arm wurde ohne wesentliche Deformität und ohne nachbleibende Lähmung geheilt.

Wie gut ohne weitausstrahlende Nervenzufälle zu erregen, eckige Körper an empfindlichen Stellen des Körpers getragen werden können, davon erlebte ich in Freiburg ein Beispiel, wo ich im Jahre 1847 aus der Fusssohle eines Mannes ein Stück von einer Feile, $1\frac{1}{2}$ Zoll lang und 5 Linien an seinem dicksten Ende stark, ausschnitt; der Mann hatte dies ein Jahr lang im Fusse gehabt und damit gearbeitet und nur beim Gehen Schmerzen gefühlt. Dieser Fall war um so genauer zu constatiren, da mein Vorgänger im Amte ein Jahr früher, bald nach der Verletzung, vergebliche Versuche gemacht hatte, den fremden Körper aufzusuchen und auszuziehen.

Aus diesen Erfahrungen ziehe ich den Schluss, dass ausser der Irritation eines Nerven durch fremde Körper oder Knochenfragmente, noch andere Momente hinzukommen müssen, um weitverbreitete Nervenschmerzen herbeizuführen. Deshalb scheinen mir auch die gegen solche Zufälle gerichteten Neurotomien kein grosses Zutrauen zu verdienen, da selbst die umfassendste Neurotomie, die Amputation weder Neuralgien beseitigt, noch gegen Tetanus schützt oder gar den ausgebrochenen Tetanus heilt. Die Extraction fremder Körper dagegen hat sich oft nützlich gezeigt, wie das Ausschneiden von Glassplittern aus der Handfläche und Fusssohle; die Durchschneidung der afficirten Nerven erregt schon deshalb kein allgemeines Zutrauen, weil Dupuytren und Andere bemerken, man müsse unter solchen Umständen den Nerven oberhalb und unterhalb durchschneiden.

Dass dergleichen Operationen mitunter Nutzen gehabt haben, ist nicht zu bezweifeln, vermuthlich aber nur deshalb, weil dabei Adhäsionen oder Narbenstränge getrennt wurden, welche mit dem Nerven in Verbindung standen, und bei Bewegungen des Theils zu Zerrungen an dem Nerven die Veranlassungen gegeben haben. Professor Arnold zeigte mir in Freiburg ein Präparat, an dem nach einer Aderlässe an der Cephalica der dabei verwundete Nervus cutaneus externus so mit der Aponeurose verwachsen war, dass jede Extension des Armes an dem Nerven zerren musste. Hätte man in diesem Falle einen Schnitt durch den Nerven oberhalb der Narbe gemacht, so würde sich nach der Heilung die Zerrung des Nerven haben erneuern können. Ein zweiter Schnitt weiter unten, der einen breitern Theil

der Narbenmasse getroffen hätte, würde deshalb hier von Nutzen gewesen sein. Vermuthlich wäre diese auch auf andere Art zu beseitigen gewesen, ohne den Nerven ausser Function zu setzen.

Die Verletzungen der Nervenstämme des Kopfs und der Extremitäten sind im Allgemeinen leicht zu diagnosticiren durch Berücksichtigung der davon entstehenden Lähmung in ihrem Gebiete. Die Kunst kann dabei zur Heilung nichts beitragen; wo indess die Möglichkeit gegeben ist, dass die vorhandene Lähmung auf Nervencontusion beruhe, muss jedenfalls anfangs antiphlogistisch verfahren werden. Dies ist um so nöthiger, weil jede bedeutende entzündliche Circulationsstörung in gelähmten Theilen leicht Brand zur Folge hat. Leider scheuen sich aber unsere jungen Aerzte jetzt vor der Antiphlogose schon im Allgemeinen, glauben dann doppelt Recht zu haben, wenn Lähmung vorhanden ist, und sind eher geneigt Reizmittel anzuwenden, welche den Brand nur befördern können. Bei gleichzeitiger Verletzung bedeutender Nervenstämme und der Hauptschlagader eines Gliedes ist es rathsam zu amputiren, ehe sich Brand oder Fäulniss eingestellt hat. Je grösser das Gebiet der verletzten Nerven ist, desto grösser ist die Gefahr unter solchen Umständen, daher z. B. die Verletzung des Nerv. medianus gefährlicher ist als die des radialis oder ulnaris; die des ischiadicus mehr als die des cruralis. Für sich allein, ohne anderweitige Störungen, bringen Nervenverletzungen keinen Brand hervor.

Von den äusserst heftigen Schmerzen, welche bei Gefässunterbindungen das Mitfassen eines Nervenstammes

erregt, welche bei jedem Versuche die Ligatur herauszuziehen sich erneuern, erzählt Hennen ein Beispiel von einem englischen General, wo erst nach einem Jahre die letzte Ligatur aus dem Oberarmstumpfe entfernt werden konnte. Dr. Esmarch sen. hat im Jahre 1848 ein ähnliches Beispiel, ebenfalls am Oberarme, erlebt, wo die Ligaturen ebenfalls erst sehr spät entfernt werden konnten, weil jedes Anziehen die furchtbarsten Schmerzen machte. Sehr bedeutungsvoll ist es, dass in diesen Fällen nur das Ziehen an den Ligaturen Schmerzen hervorruft und sich die Patienten übrigens wohl dabei befinden können.

Narben contrahiren sich unter Witterungsveränderungen sehr beträchtlich. Ich habe dies zuerst recht deutlich in Freiburg bei einem jungen Manne gesehen, welcher in einem epileptischen Anfalle mit dem Gesichte ins Feuer gefallen war, welches davon mit Narben bedeckt war. Bei trocknem Ostwinde hatte dieser Mann Ectropien an beiden Augen und konnte die Augenlieder nur unvollkommen schliessen, bei feuchtem Wetter aber vollständig. Diesem wechselnden Contractionszustande der Narben unter Witterungseinflüssen schreibe ich den sogenannten Kalender der Narben zu und glaube, dass auch die Neuralgien nach Verwundungen theilweise auf derselben Ursache beruhen, besonders weil sich verwundete und abgeschnittene Nerven mit einem plastischen Exsudat umgeben, welches sich später in Narbensubstanz verwandeln kann. Fremde Körper, welche in Nervenstämme eingedrungen und darin eingeheilt sind, erregen manchmal heftige Schmerzen, Neuralgien, beschränkte und selbst epileptische Krämpfe. Nach dem

Vorhergehenden könnten also zweierlei mechanische Einflüsse den fortwährenden Nervenreiz unterhalten, die Bewegungen des Theils, welche sich durch die Narbensubstanz dem Nerven mittheilen und die physikalischen Contractionen des Narbengewebes unter Witterungseinflüssen.

Nervenentzündung.

Man sollte glauben, die Schusswunden müssten zahlreiche Fälle von sehr destincten Nervenentzündungen darbieten. Dies ist indess nicht der Fall. Die Zustände sind zu sehr complicirt, als dass man die der Nervenentzündung zukommenden Symptome dabei so leicht isoliren könnte. Man muss seine Begriffe über diesen interessanten Gegenstand offenbar zunächst herleiten von Fällen, in denen die Verletzung sich auf einen grossen Nervenstamm beschränkt. Im Jahre 1850 entfernte ich eine Exostose von der Grösse eines Enteneies, welche von der vordern Seite des Trochanter minor femoris sinistri entsprungen war und die Schenkelgefässe und Nerven emporhob, heftige Schmerzen machte und die Bewegungen des Schenkels beeinträchtigte, indem sie bei Beugung desselben an das Schambein stiess. Ich hatte die Wahl diese Exostose von der innern oder von der äussern Seite der Schenkelgefässe und Nerven anzugreifen.

Ich entschied mich für das letztere, weil ich mich scheute die Schenkelvene zu insultiren, durch Ziehen nach aussen über die Geschwulst. Die Exstirpation der Exostose gelang sehr glücklich, aber die Patientin bekam, wie ich es erwartet hatte, in Folge der Anspannung

des Schenkelnerven durch stumpfe Haken einige Zufälle von Neuritis. Diese bestanden in äusserst heftigen Schmerzen nach dem Verlaufe des Cruralnerven besonders am Knie, in leichten Zuckungen der Beugemuskeln des Hüftgelenks, grosser Empfindlichkeit des Cruralnerven gegen Druck, Urinverhaltung, Schlaflosigkeit, kleinem schnellen Pulse. Auf die Heilung der Wunde hatten diese Erscheinungen keinen Einfluss. Blutegel, Eisblasen, grosse Dosen Opium wirkten wohlthätig, entschieden aber erst der Gebrauch des Calomel mit Opium. Sobald der Mund afficirt war, trat bleibende Besserung ein. Lähmung im Verlaufe des Cruralis war nicht vorhanden. Auf ähnliche Art habe ich in andern Fällen die Symptome der Nervenentzündung gesehen und betrachte die excentrischen Schmerzen, die Schmerzen beim Drucke auf den entzündeten Nerven und die Reflexkrämpfe als die wesentlichsten Symptome. Bei bloss motorischen Nerven ist die Lähmung in ihrem Gebiete das einzige vorherrschende Symptom. Diese Symptome der Nervenentzündung kommen nun allerdings bei Schusswunden theilweise häufig vor, lassen sich aber von den übrigen Zufällen nicht hinreichend sondern, da es sich wohl in der Regel nicht um grosse Nervenstämme, sondern um kleinere entzündete Aeste handelt. Ueber diese Unvollkommenheit der Diagnose, welche auch die Untersuchung der Theile post mortem betrifft, kann man sich in therapeutischer Beziehung trösten, wenn man die antiphlogistische, schmerzstillende Methode als die fast allgemein gültige betrachtet, sie wird dann auch den entzündeten Nerven zu Gute kommen.

Ich erinnere mich nur eines Falles wo ich die

Diagnose auf Neuritis stellte und wo die darauf basirte Kurmethode Erfolg hatte. Ein junger Officier, welcher in der Schlacht bei Colding eine nicht penetrirende Schussfractur der siebenten Rippe rechter Seite an ihrer stärksten Convexität bekommen hatte, befand sich nach drei Wochen in der besten Heilung, nach Abgang einiger kleinen Splitter, als er nach einem Spaziergange bei scharfem Ostwinde von den furchtbarsten Schmerzen in der ganzen Thoraxhälfte befallen wurde mit höchster Steigerung der Sensibilität. Allgemeine und örtliche Blutentziehungen hatten keinen Erfolg gehabt. Ich sah diesen Patienten erst 8 Tage nach dem Auftreten dieser noch unveränderten Symptome. Ein kleines pleuritisches Exsudat befand sich hinter der zerbrochenen Rippe. Die bei gewöhnlichen Muskelrheumatismen des Thorax vorhandene Schmerzhaftigkeit beim Druck war nicht zugegen, die Schmerzen lagen tiefer, waren aber über die ganze Thoraxhälfte ausgedehnt, die Respiration war weniger gestört als man es bei der Heftigkeit der Schmerzen erwarten sollte, der Puls schnell und klein, die Nächte schlaflos. Durch den Gebrauch von Pulvis Doveri, Cataplasmen und Baden verloren sich allmählig diese Zufälle, mit deren Nachlassen sich das pleuritische Exsudat vermehrte, welches später einen ganz gewöhnlichen Verlauf nahm und vollständig resorbirt wurde. Man muss die Heftigkeit der Schmerzensäusserungen beobachtet haben, um in diesem Falle an rheumatische Entzündung der Intercostalnerven zu denken, und das Ganze nicht bloss für Pleuritis bei einer sensiblen Constitution zu halten.

Therapie der traumatischen Hyperästhesie.

Mag die mit der Ausdehnung der Laesion und den entzündlichen Erscheinungen nicht harmonirende grössere Schmerzhaftigkeit einer Wunde nun die Folge von Neuritis oder Neuralgie sein, so sind folgende Grundsätze als allgemein anwendbar bei ihrer Behandlung zu betrachten.

1) In allen Fällen absolute Ruhe des leidenden Theils, welche nach Umständen durch Schienen, Kissen, Verbände erzielt werden muss. Der evidente Nutzen dieser Maassregel gründet sich auf das von mir entdeckte Gesetz der Synergie motorischer und sensitiver Nerven, welches lehrt, dass jede, Muskelbewegung veranlassende, Strömung der Innervation in den motorischen Nerven, eine centripetale Strömung in sensitiven Nerven zur Folge hat. Man könnte hier einwenden, es bedürfe keines solchen Gesetzes, jeder Bauer sei klug genug dazu, einen verwundeten Theil ruhig zu halten. Dies ist aber leider nicht der Fall, er hält ihn erst dann ruhig, wenn er weh thut, nicht vorher; die durch Unruhe erzeugten Schmerzen sind nicht bloss entzündliche, weichen nicht immer mit der Entzündung und geben sich in der Wunde oft nur durch die erethischen Granulationen zu erkennen, welche um so leichter zum Vorschein kommen, je nervenreicher ein Theil ist, daher am häufigsten an den Fingern, wo sie in so ausgezeichneter Weise vorkommen, dass sie ohne Zweifel jedem Praktiker bekannt sind, deren Hauptkennzeichen ihre exquisite Empfindlichkeit, blumenkohlähnliche Form

und die reichliche Production von Zellen sind, welche theilweise Epitelialzellen, theilweise Eiterzellen sind.

2) Die Vermeidung aller operativen Eingriffe, welche nicht dringend geboten sind. Dahin gehören zunächst häufige Verbände. Selbst wenn Cataplasmen indicirt sind, darf man bei deren Wechsel die Wunde nicht entblössen, sondern mit geölter Charpie oder feiner Leinewand gedeckt lassen, welche alle 24 Stunden erneuert wird. Alles Drücken zur Entfernung des Eiters ist zu unterlassen, eben so das Sondiren, wenn dasselbe auch behufs der Ausziehung und Aufsuchung der fremden Körper und ähnlicher Zwecke indicirt scheinen sollte. So lange der Wund-Erethismus dauert darf dergleichen nicht unternommen werden; ich habe vielfach üble Folgen davon gesehen. Bei einem meiner Patienten in Freiburg, dem die kleine Zehe und deren Nachbarin erfroren waren, brach der Tetanus aus, einige Stunden nachher, als ich ihm die, aus den in guter Heilung begriffenen Wunden herausstehenden, abgestorbenen, ersten Phalangen mit der Knochenzange entfernt hatte. Dieser Mann hatte schon mehrere Wochen lang über ungewöhnliche Schmerzen geklagt, die ich für übertrieben hielt. Bei der Section fanden wir den Nerv. plantaris externus verdickt, in einer Länge von etwa 2 Zoll. Bei einem Manne, dem die zweite Phalanx des Daumens durch ein Wagenrad zerquetscht war, brach der Tetanus aus, nachdem ich ihm, 14 Tage nach der Verletzung, die noch an einigen ligamentösen Fäden hängenden Reste derselben mit der Scheere abgeschnitten hatte. Auch ohne diese kleinen unbedeutenden Operationen wären vielleicht diese Patienten von Tetanus befallen

worden, aber wer kann dies mit Bestimmtheit behaupten, da oft schon die leichteste Verletzung den Tetanus herbeiführt.

Dass die Entfernung der fremden Körper sehr wünschenswerth sei, ist nicht zu bezweifeln. In einem glücklich verlaufenen Falle von Tetanus traumaticus trat erst dann rasche Besserung ein, nachdem ein Stück Tuch aus der Wunde zum Vorschein gekommen war. In einem durch Lungenoedem tödtlich gewordenen Falle von chronischem Tetanus war die Kugel durch beide Oberschenkel mit Streifung der ischiadischen Nerven gegangen. Bei der Section fand sich in der Nähe des einen ein Stück Tuch, welches durch die Wunde nicht entdeckt sein würde. In einem Falle von eben ausbrechendem Tetanus acutus entfernte ich die scharfkantige Kugel aus der Nähe des Nerv. peronaeus durch einen Einschnitt mit Leichtigkeit, ohne jedoch den schnell tödtlichen Ausgang im geringsten aufzuhalten. Dasselbe habe ich erlebt nach einer Amputation des Unterschenkels, wegen complicirter Fractur und anfangendem Trismus. Nach meiner persönlichen Erfahrung muss ich deshalb entschieden warnen vor allen operativen Eingriffen bei hochgradigem Nervenerethismus. Man beruhige sich dabei mit der Ueberzeugung, dass die fremden Körper für sich allein nicht diese schlimmen Zufälle hervorrufen, wie dies tausende von Fällen beweisen, in denen ihre Eliminirung der Natur überlassen blieb.

3) Die mildesten Verbände der vorhandenen Wunde, z. B. Bedecken mit lockerer feiner Charpie rapè, welche man mit Oel beträpfelt, oder feine Läppchen mit Oel befeuchtet. Professor Schwörer in Freiburg empfiehlt

eine Salbe von Ochsenmark, Schweineschmalz und süssem Rahm, die ich mitunter nützlich fand.

4) Kalte oder warme Applicationen nach dem Verlangen der Patienten und den Umständen. Die allgemeine Meinung ist hier nur für die warmen Umschläge. Ich kann indess versichern, dass auch Eisblasen in einzelnen Fällen herrliche Dienste geleistet haben. Zu den warmen Umschlägen kann man narkotische Substanzen hinzusetzen, wendet man aber Cataplasmen an, so sollte das Leinmehl immer das Constituens bilden. Das fein gesiebte Leinmehl als Cataplasma unmittelbar auf die Wunde selbst gelegt, wird in einzelnen Fällen am besten, oder allein vertragen.

5) Antiphlogistische Mittel, wenn der Zustand des Gefässsystems sie erheischt, Blutentziehungen, Salina, Calomel.

6) Aufmerksame Reglung der Functionen des Darmcanals, nach Umständen durch Ol. ricini, Salina oder Rhabarber.

7) Der freie Gebrauch des Opiums in hinreichenden Dosen, um Abnahme der Schmerzen zu erzielen. Wir haben davon immer ausgedehnten Gebrauch gemacht. In den Wundlazarethen trug jeder Arzt viertelgränige Morphiumpulver in der Tasche. Nur durch entzündliches Fieber ist dessen Anwendung contraindicirt, denn dann hilft es nichts und schadet ohne Zweifel, denn es macht sogleich eine trockene Zunge. Alle andern Narcotica kommen hier gegen das Opium gar nicht in Betracht. Das Extractum cannabis indici, mit dem ich im Jahre 1850 Versuche anstellte, fand ich unwirksam, was wohl die Schuld des Präparats war.

8) Von wunderbarem Nutzen ist bei eiternden Wunden der Gebrauch localer und allgemeiner Bäder. Für die am meisten in Gebrauch gezogenen Localbäder bei Verletzungen des Fusses, der Hand und des Vorderarms führte ich in unsern Wundlazarethen kleine Blechwannen ein, welche dem Patienten in das Bett gestellt wurden. Diese Localbäder, welche man Stunden lang fortsetzen kann, fanden allgemeinen Beifall und wurden fortwährend benutzt. Ich kann dieselben nicht genug auch für die Privatpraxis empfehlen.

Die jetzt noch empfohlene Durchschneidung des afficirten Nervenstammes, welche jedenfalls nur in sehr wenig Fällen ausgeführt werden könnte, betrachte ich als den letzten Rest jener geschäftigen Chirurgie, von der der grosse Ambroise Paré in seiner Behandlung König Karls IX., dem bei versuchter Aderlässe ein Nerv angestochen war, uns ein Beispiel giebt. Kein verständiger Wundarzt unserer Zeit, der diese interessante Krankengeschichte liest, wird daran zweifeln, dass die verkehrte Behandlung Schuld war an den heftigen und langwierigen Folgen eines unbedeutenden Stiches.

Die von mir aufgestellten Grundsätze für die Behandlung des traumatischen Erethismus sind dieselben, welche zu dessen Verhütung dienen. Sie verdienen überhaupt die grösste Beachtung in der chirurgischen Praxis, nicht bloss im Felde, sondern auch im Frieden. Sie sind auch absolut dieselben, welche bei der Behandlung des Wundstarrkrampfes in Anwendung gezogen werden müssen. Der acute Tetanus ist unheilbar, der chronische erlischt allmählig, ohne dass die Behandlung jemals mehr als palliativ sein könnte, wie sie es beim

Typhus und so vielen andern grossen Krankheiten auch ist und vermuthlich ewig sein wird. Könnte man sich entschliessen, diesen Gedanken fest zu halten, so würde mancher Tetanische am Leben bleiben, den man jetzt durch ein Uebermaass von Antiphlogose oder Narcotica, durch Schlagfluss oder Lungenoedem zu Grunde richtet. Aber jedes neu entdeckte heroische Mittel wird erst einmal gegen den Tetanus versucht, wie neuerdings das Chloroform. Die Fälle von Langenbeck und von Dusch, welche demselben zur Empfehlung dienen sollen, beweisen bloss, was ein Mensch alles aushalten kann. Im Jahre 1852 habe ich einen jungen Menschen, der nach Quetschung des Daumens Tetanus bekam, genesen sehen, dem ich bloss warme Bäder verordnete, keinen Gran Opium! Im Felde sah ich drei Patienten, bei mässigen Gaben Opium und warmen Bädern, genesen, andere dagegen starben, bei denen die Behandlung zu stürmisch gewesen war!

Verletzungen der Blutgefässe.

Wenn Kugeln absolut wie Locheisen wirkten und ohne Unterschied der Theile aus der getroffenen Stelle einen Cylinder mit scharfgeschnittenen Wänden herausschlügen, so müssten sich viele Verwundete zu Tode bluten und heftige Blutungen sehr häufig sein, was sie nicht sind, selbst wenn man diejenigen Verletzten mitrechnet, welche todt auf dem Kampfplatze bleiben, denn diese haben meistens Verletzungen der grossen Cavitäten.

Die relative Seltenheit grosser Hämorrhagien bei

Schusswunden hängt theils von der Elasticität der Arterien, welche der Kugel ausweichen, mag dieselbe nun in der Quere, in der Länge oder schief darüber hinfahren, theils von der gerissenen Form der Arterienwunden durch Kugeln ab. Diese tritt am deutlichsten zu Tage, wo ein ganzes Glied von einer Kanonenkugel weggerissen worden ist, ohne dass der Tod durch Verblutung erfolgte. Die gerissene Form der freien Arterienenden, verbunden mit der Schwächung des Kreislaufs durch Blutverlust und Erschütterung des Nervensystems, giebt die Gelegenheit zur Bildung des äusseren und inneren Thrombus, welcher bei völlig hergestelltem Kreislauf das Austreten des Blutes verhindert. Aber auch ohne Thrombusbildung findet mitunter keine Blutung Statt, so dass man dies anderen, nicht leicht zu ermittelnden Ursachen zuzuschreiben hat. Dass die Depression der Nerventhätigkeit dabei im Spiele sei, ist wohl nicht zu bezweifeln, alles was diese wieder anregt, vermehrt auch die Möglichkeit der Blutung, deshalb verbluten sich manche Verwundete auf dem Transporte, wenn dieser, auf holperigen Wegen, grosse Schmerzen verursacht. Ich habe verschiedene Beispiele der Art beobachtet. Die rauhen, zerrissenen Enden des durchschossenen Gefässes, an denen das Coagulum Halt findet, tragen wohl vorzüglich zur Blutstillung bei. Auf die Mitwirkung der umgebenden Weichgebilde, die durch das Zurückziehen eines durchschnittenen Gefässes in dieselben so wirksam bei der Blutstillung in Schnittwunden sind, ist nach meiner Ansicht deshalb nicht grosser Werth zu legen, weil ich das Präparat einer völlig durchschossenen Arteria vertebralis besitze, welche, ungeachtet eines weiten Trans-

portes und des an Menyngitis cerebralis erfolgten Todes, doch nicht geblutet hatte.

Die mir in der Praxis vorgekommenen Formen der Verletzungen grosser Arterien sind folgende:

1) Die Arterie wird von der Kugel indirect gequetscht, ohne Trennung ihrer Continuität zu erleiden. Die Circulation dauert noch in diesem Gefässe fort, aber mit dem Eintritte der entzündlichen Reaction verstopft sich der Arteriencylinder vollständig mit Fibringerinnsel, die Circulation hört dann auf und es erfolgt um so leichter Brand des zu versorgenden Gliedes, wenn auch die Hauptvene mit gequetscht werden musste. Ich habe diesen Fall nur einmal bei einem jungen Officiere gesehen, dem bei Friedrichstadt eine Kanonenkugel von dem mittlern Drittel des rechten Oberschenkels ein Stück Haut von der Grösse einer ganzen Hand, einen Theil des Sartorius und Rectus femoris weggerissen hatte. Die Wunde hatte nicht geblutet. Auf dem Schlachtfelde hatte man dieselbe mit feiner Charpie bedeckt, welche sehr fest anhing, weshalb ich dieselbe sitzen liess. Es wurden kalte Umschläge darüber gemacht. Die Circulation ging in den ersten 4 Tagen ungestört in dem Gliede von statten, welches die natürliche Wärme, so wie der Fuss die volle Beweglichkeit besass. Dies war noch am fünften Tage der Fall, als die Umgegend der Wunde angefangen hatte etwas aufzuschwellen und diese selbst einen sehr üblen Geruch verbreitete, so dass die Entfernung der Charpie sehr wünschenswerth erschien. Ich rieth, um diese zu erweichen, eine Zeitlang warme Wasserumschläge zu machen. Diese verursachten jedoch heftige Schmerzen, so dass sie nach einigen Stunden

wieder mit kalten vertauscht wurden, die dann aber nicht mehr lindernd wirkten. Die Schmerzen waren in dem ganzen Beine verbreitet. In der Nacht des fünften Tages stellte sich grosse Unruhe ein, der Patient fühlte die Nähe des Todes, war mit kaltem Schweisse bedeckt, das verletzte Glied war gefühl- und bewegungslos und kalt. Schon 6 Stunden nach dem Auftreten dieser drohenden Erscheinungen erfolgte der Tod bei völlig klarem Bewusstsein. Die Gefässe wurden leider nicht untersucht, da die Section unterblieben war.

Von dem Ueberfahrenwerden eines Armes habe ich einen ähnlichen Erfolg gesehen und die Gefässe untersucht. Das Rad des schwer beladenen Wagens war über die Mitte des Arms gegangen und hatte äusserlich keine bedeutende Spuren hinterlassen, den Puls der Radialis hatte man am Tage nach der Verletzung noch gefühlt und die Hand konnte noch bewegt werden. Am zweiten Tage, wo der Patient in meine Behandlung kam, hatte Gefühl, Bewegung und Circulation in dem Vorderarme aufgehört. Ich machte die Amputation über der vorhandenen Fractur und fand bei der Section des Arms die Art. brachialis, so weit das Rad sie gequetscht hatte, mit einem festen Fibringerinnsel angefüllt.

2) Die Arterie erleidet direct, ohne dazwischen liegende Theile, eine Quetschung an einer begränzten Stelle, welche dem Wundcanale zugekehrt ist, entweder von der Kugel selbst oder von einem deplacirten Knochenstücke. Bei eintretender Eiterung stösst sich das gequetschte Stück der Arterie ab und es erfolgt Blutung. Da die Abstossung des arteriellen Brandschorfes nicht auf einmal erfolgt, so kann die Blutung anfangs

unbedeutend sein und später plötzlich tödtlich werden. Dem höhern Grade der Quetschung eines Theils des Arteriencylinders, welcher seiner Vitalität beraubt wurde, muss es wohl zugeschrieben werden, dass hier nicht die Obliteration der Arterie erfolgt, zum Theil jedoch gewiss der Nähe des Wundcanals, wodurch die Neigung zur Eiterbildung gesetzt wurde. Ich habe diesen Fall in Freiburg an der Subclavia sinistra eines Mannes gesehen, dem eine Flintenkugel die erste Rippe zerschmettert und das Schlüsselbein einfach gebrochen hatte. Der Schlüsselbeinbruch wurde erst am zweiten Tage bemerkt, bis dahin war keine Dislocation der Fragmente eingetreten. Bis zum vierten Tage fand aus der grossen Wunde ein reichlicher Abfluss von blutig serösem Exsudate Statt. Dieser stockte dann mit einem Male vollständig. Am fünften Tage starb der Patient plötzlich. Die linke Pleurahöhle war mit Blutgerinnsel von drei verschiedenen Massen gefüllt, so dass erst die dritte Blutung tödtlich geworden war. Die erste schon hatte die äussere Schussöffnung verlegt, es war kein Tropfen Blut nach aussen gedrungen. Die Arterie zeigte einen kleinen gequetschten Lappen, der an einem Theile seiner Peripherie sich gelöst hatte. Die Kugel steckte $1^1/_2$ Zoll tief in der Lunge.

Dr. Beck, in seinem Werke über Schusswunden, hat diesen Fall unrichtig erzählt. Die Arterie war nicht von einem Knochensplitter angebohrt, sondern nur gequetscht worden. Vide Beck, pag. 184.

3) Ein Knochensplitter dringt in das Gefäss, bleibt darin stecken und verhindert so das Austreten des Blutes, bis er durch Eiterung gelöst wird, sich deplacirt und

Blutung entstehen lässt. Auf diese Art sah ich eine Verletzung der Vena jugularis interna tödtlich werden, im April 1849. Der Patient hatte einen Schuss in den vordern linken Theil des Unterkiefers bekommen, dessen Fragmente tief in den Rachen geschleudert worden waren. Als ich ihn zuerst sah, war sein Leben offenbar in der grössten Erstickungsgefahr, von der ich ihn befreite, indem ich von dem Zeigefinger der linken Hand geleitet, eine Menge grosser und scharfer Fragmente in der Nähe des Kehlkopfs durch den Mund herauszog. Am vierten Tage starb er sehr plötzlich an Verblutung in Gegenwart der Aerzte, während ein dicker Strom dunklen Blutes aus dem Munde kam. Der behandelnde Arzt hatte die von mir verordneten kalten Umschläge 24 Stunden später mit warmen Cataplasmen vertauscht. Es fand sich hier bei der Section ein Loch in der Vena jugul. int., worin der Knochensplitter noch steckte, welcher dasselbe gemacht hatte. Ich bin der Ansicht, dass dergleichen Verletzungen nicht immer zur Blutung Veranlassung geben, sondern dass sich mitunter das Gefäss an der verletzten Stelle obliterirt oder verengert, indem der Splitter sich mit Faserstoffgerinnsel bedeckt, wie dies bekanntlich mit fremden Körpern geschieht, welche man absichtlich in Gefässe einbohrt. Es bedarf dazu nur die Abhaltung der Eiterung in der Wunde, oder wenigstens in der Nähe des verletzten Gefässes.

4) Die Kugel oder ein fortgeschleuderter Knochensplitter reisst ein Loch in das Gefäss, dessen Cylinder dabei jedoch grösstentheils erhalten bleibt. Kleinere Löcher dieser Art machen nicht immer Blutungen, sondern werden durch den Druck der benachbarten Theile

und ein sich bildendes Coagulum geschlossen. Diesen Process habe ich an der Vena jugularis interna gesehen. Bei Kolding wurde ein Schleswig-Holsteiner in die rechte Seite des Unterkiefers an der Insertion des Masseter geschossen, die Kugel war unter der Zunge und dem Körper der linken Hälfte des Unterkiefers durch, bis zur Wirbelsäule gedrungen. Man hatte sie anfangs hinter dem Kopfnicker, in der Höhe des Kehlkopfs, gefühlt, aber nicht auszuschneiden gewagt. Blutung war nicht erfolgt. Der Patient starb nach 3 Wochen an pyämischer Pleuritis. Bei der Section zeigte sich hinter dem linken Kopfnicker eine Eiterhöhle, in welcher die plattgeschlagene Kugel neben der Wirbelsäule lag. Die Vena jugularis interna war an ihrer vordern äussern Seite von der Kugel eingerissen worden. Der 5 Linien lange Riss war aber in der Art geheilt, dass sich hinter demselben die innere Venenhaut verklebt hatte, wodurch das Lumen der Vene um die Hälfte verkleinert worden war. Hätte man hier anfangs die Kugel herausgeschnitten, so wäre allerdings die Gefahr der Blutung oder des Eindringens von Luft sehr gross gewesen.

Stichwunden grösserer Arterien, wobei nur ein Theil ihres Cylinders getrennt wird, machen bekanntlich leicht traumatische Aneurysmen. Es scheint mir eine bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit der Arterien-Schusswunden, dass sie nicht geneigt sind Aneurysmen zu erzeugen, weder circumscripte noch diffuse. Man darf also aus der Abwesenheit von Blutinfiltration, oder einer pulsirenden Geschwulst, keineswegs den Schluss ziehen, dass kein grösseres Gefäss von der Kugel verletzt sei, ein Schluss, den man sich freilich auch

nicht immer bei Stichwunden erlauben darf. Dieses Verhältniss bei Schusswunden scheint mir leicht erklärlich, entweder sie bluten, oder wenn sich ein Coagulum bildet, so hängt sich dies auch an die gerissenen Ränder der Arterienwunde und hemmt den Austritt des Blutes in der Umgebung, während bei Stichwunden die glatten Schnittränder der Arterienöffnung dem Coagulum keinen Halt darbieten.

Professor B. Langenbeck in seinen Anmerkungen zu Hunters Abhandlung der Schusswunden, Hunters Werke vol. II. pag. 939. erzählt, dass er nach einer Zerschmetterung des Unterkiefers in der Gegend der Parotis eine pulsirende Geschwulst unter dem Ohrläppchen bemerkt habe, welche er den falschen Aneurysmen beizählt. Da der betreffende Patient jedoch, wie aus Lauer's Erzählung des Falles hervorgeht, sieben heftige Blutungen hatte, ehe die Carotis unterbunden wurde, so scheint mir der Zustand nicht den Namen Aneurysma zu verdienen; die Pulsation war vielleicht nur in der Mittheilung der Arterienpulsation an die Entzündungsgeschwulst bedingt, ohne dass eine aneurysmatische Höhle vorhanden gewesen wäre.

5) Die Arterie wird bis auf einen kleinen Theil ihrer Peripherie von der Kugel durchrissen, nach beiden Seiten findet eine Retraction Statt, welche aber unvollständig bleibt, weil ein Band ungerissener Arterie die Enden noch verbindet. Diese Art der Verletzung durch Kugeln scheint eben so grosse Neigung zu heftigen Blutungen zu veranlassen, wie dies bekanntlich mit ähnlichen Stich- und Schnittwunden der Fall ist. Ich habe diesen Fall an der Brachialis gesehen, welche

ich freilegte, weil die auf dem Schlachtfelde von Gudsoe schon heftig gewesene Blutung sich am folgenden Tage wiederholte. Die Enden der grösstentheils durchschossenen Arterie hatten sich $^3/_4$ Zoll von einander entfernt und wurden nur durch einen dünnen Faden mit einander verbunden. Dieser Faden war indess deutlich genug, um davon geleitet, das untere Ende des Gefässes freizupräpariren.

Tödtlich wurde eine solche Verletzung der Femoralis mit bandartiger Verbindung der getrennten Enden einem jungen Officiers-Aspiranten bei Missunde, welcher sich auf dem Transporte verblutete und in Rendsburg secirt wurde. In Erlangen operirte ich ein Aneurysma der Femoralis im untern Drittheil, durch einen Messerstich entstanden. Das Kaliber der Arterie war zu $^3/_4$ getrennt, der ungetrennte vierte Theil hatte die Retraction des Gefässes verhindert.

6) Die Arterie wird völlig abgeschossen, ihre Enden ziehen sich zurück, nach einer anfangs heftigen Blutung kann diese stehen und kehrt nicht immer wieder, aber das Brandigwerden der Extremität, oder dessen Amputation giebt Gelegenheit den Zustand der Arterienverletzung kennen zu lernen, oder es stellt sich von Neuem Blutung ein, welche den Arzt zwingt das verletzte Gefäss freizulegen.

Das diagnostische Kennzeichen dieser Arterienverletzung ist das gänzliche Aufhören des Pulses unter der verletzten Stelle. Bei allen Wunden in der Nähe der grossen Gefässe ist es deshalb von der äussersten Wichtigkeit in dieser Beziehung zu untersuchen. Positiv ist das Fehlen der Pulsation ein sicheres Zeichen

einer ausgiebigen Arterienverletzung, negativ dagegen muss man sich wohl hüten aus dem Vorhandensein des Pulses den Schluss zu ziehen, dass keine Arterienverletzung vorliege, denn bei partieller Trennung des Arterienrohres, besonders durch einen longitudinellen Riss, oder durch einen kleinen Einstich, kann die Circulation durch das verletzte Gefäss fortdauern. In solchen Fällen muss man untersuchen, ob der correspondirende Puls an der unverletzten Seite etwa voller und deutlicher sei, als an der verletzten, um daraus den Schluss auf ein partielles Hinderniss des Kreislaufs zu ziehen.

Gänzliche Trennung des arteriellen Rohres durch Kugeln mit intermittirender Blutung habe ich erlebt an den Aesten der Carotis facialis, Brachialis, Ulnaris und Radialis dicht unter dem Ellenbogengelenke und dicht über dem Handgelenke, wie an der Tibialis anterior. Vollständige Trennung der grössern Arterien, der Carotis communis, Subclavia, der Femoralis, Poplitaea, nehmen wohl meistens einen rasch tödtlichen Ausgang und sind mir deshalb nicht vorgekommen. Fast augenblicklich tödtlich war die Durchschneidung der rechten Iliaca externa, bei einem Rencontre zwischen zwei Officieren, von denen der eine sich den krummen Säbel seines Gegners, dicht unter dem Poupart'schen Bande, in den Oberschenkel rannte, so dass dessen Spitze in die Bauchhöhle vordrang und die Arterie zerschnitt. Die Verblutung fand ganz nach innen in die Bauchhöhle Statt.

7) Ein kleines Projectil, ein Hagelkorn, ein kleiner Splitter, dringt durch eine Vene in die daneben liegende Arterie und es bildet sich darnach ein Varix aneurysmaticus. Diesen merkwürdigen Process habe ich 1850

in Rendsburg an einem schleswig-holsteinischen Soldaten gesehen, dem eine platzende Granate die Haut und einen Theil der Muskulatur an der ganzen innern Hälfte des Oberschenkels zerrissen hatte. Im Augenblicke nach der Verwundung war ein heller Blutstrahl hoch aus der Wunde herausgesprützt worden. Später kam keine Blutung wieder zum Vorschein. Nachdem die fürchterliche Wunde sich auf den Umfang einer Handfläche verkleinert hatte, bemerkte man zuerst ein schwirrendes Geräusch in der Femoralis, vom Poupart'schen Bande an bis gegen die Mitte des Oberschenkels, wo die vorhandene sehr empfindliche Wundfläche eine genaue Untersuchung verhinderte. Neben der Arterie nach innen fühlte man einen zweiten mehr undulirenden als schwirrenden Strom, der jedoch durch einen leichten Fingerdruck sofort unterbrochen wurde, so dass sich der muthmaassliche Umfang der Vene nicht angeben liess, auch war keine Spur von Varicosität zu bemerken, was die Section später aufklärte, da die Schenkelvene am untern Drittheil oblitterirt war, sie konnte also nicht so turgesciren, wie es sonst unter diesen Umständen zu geschehen pflegt. Auch musste die beständige horizontale Lage des Beins dies schon verhindern. Mit dem Stethoskope konnte man das schwirrende Geräusch der Femoralis bis zur Bifurcation der Aorta hinauf verfolgen, aber nicht mit dem Finger, es schien als ob das Poupart'sche Band wie eine Sourdine auf die schwirrenden Bewegungen des Gefässes wirke. Dem Gefühle nach war die Femoralis erweitert, was doch die Section nicht bestätigte. Der Patient starb erst im vierten Monat an Diarrhoen, nachdem die Wunde bis auf den Umfang

eines Handtellers vernarbt war. Ich liess die Arteria iliaca ext. injiciren. Bei der Section fand man keine Spuren von Pyämie, keine Darmgeschwüre, sondern bloss katarrhalische Auflockerung der Darmschleimhaut mit einigen leichten Erosionen. In der Mitte des Oberschenkels, in Narbensubstanz gebettet, fand man zwischen Arteria und Vena femoralis eine Communication offen, von etwa 3 Linien Durchmesser. Es lag in derselben noch der kleine längliche Eisensplitter von 3 Linien Länge und 2 Linien Breite, welcher die Communicationsöffnung nur zum Theil ausfüllte. Dicht unter dieser communicirenden Oeffnung war die Vena femoralis oblitterirt, die Arterie aber in ihrem weitern Verlaufe um etwa die Hälfte oder ein Drittheil ihres Umfangs verengert. Besonders merkwürdig in diesem Falle erscheint es mir: 1) dass sich dieser Process bei einer so furchtbaren gerissenen Wunde hatte ausbilden können; 2) dass ein vorhandener Eisensplitter keine Coagulation des Bluts und Verschliessung der Gefässe hervorgebracht hatte.

8) Eine Kugel streift die Arterie, spannt dieselbe nach ihrer Längenachse und zerrt dieselbe an einem entfernten Punkte, wo sie durch Dünnerwerden oder durch Widerstand, den ihre festen Verbindungen mit benachbarten Theilen verursachen, mehr zum Zerreissen geneigt ist. An dem zerrissenen, oder stark ausgedehnten, Punkte bildet sich ein Aneurysma. Diesen, wie mir scheint, bis jetzt nicht bekannten Process, habe ich auf unzweifelhafte Weise an dem Frontalaste der Temporalis beobachtet. Der Patient hatte bei Friedericia einen leichten Streifschuss der linken Schläfengegend mit Tren-

nung der Haut erlitten. Einen Zoll weiter nach vorne von der Narbe, unter einer völlig intacten Hautstelle, hatte sich an dem Frontalaste der Temporalis ein Aneurysma von der Grösse einer Erbse gebildet. Die Entstehung desselben war mir anfangs ein Räthsel, ich glaube aber, dass man dasselbe nur auf obige Weise erklären kann, nämlich dass die Kugel die Arterie gestreift, angespannt und an der Stelle gedehnt oder zerrissen habe, wo sich das Aneurysma gebildet hatte.

Weniger entscheidend war ein anderer Fall. In dem Gefecht bei Gudsoe erhielt ein Soldat eine Kugel in den ausgestreckten linken Arm, welche nahe am Condylus intern. humeri eindrang, längs der Gefässe am Arm hin, durch die Achselhöhle fortlief und, den untern Winkel des Schulterblattes von innen durchbohrend, durch die Haut des Rückens wieder ausgetreten war. Auf dem Schlachtfelde hatte die Wunde nicht geblutet, aber am zwölften Tage hatte er im Lazarethe aus der Eingangsöffnung einen Blutverlust, welchen der Arzt auf 2 Pfund taxirte. Ich wurde zu Rath gezogen. Die Radialis pulsirte nicht, die Brachialis auch nicht, erst in der Achselhöhle fühlte man die Arterie pulsiren. Ich legte hier das Gefäss frei, um es zu unterbinden. Es war mir dabei auffallend, dass ich das Gefäss nicht zu Gesicht bekam, obgleich dessen Pulsation sehr deutlich hervortrat. Ich überzeugte mich nun, dass ich ein kleines Aneurysma frei präparirt hatte, welches etwa den doppelten Umfang der Arterie haben mochte. Ich suchte die Axillaris etwas höher auf und fand dort ein gesundes Stück, um welches ich einen Faden schlang. Als ich gerade im Begriff war den Knoten zu schlagen,

machte der Patient eine rasche Bewegung mit dem Arme, wobei das kleine Aneurysma platzte, aber sogleich zu bluten aufhörte, als ich den Faden zugeschnürt hatte. Die Blutung kehrte nicht wieder. Die frühere heftige Blutung konnte nicht aus der freigelegten aneurysmatischen Stelle entstanden sein, denn hier war der Zellstoff von allen Blutinfiltrationen frei und verdichtet durch den Entzündungsprocess, welchen der Durchgang der Kugel erregt hatte, die Blutung musste aus einem entfernteren verletzten Punkte der Arterie gekommen sein. Die Entstehung des Aneurysma bin ich geneigt einer Längenspannung der Arterie durch die streifende Kugel zuzuschreiben.

Es ist mir wahrscheinlich, dass manche traumatische Aneurysmen sich auf ähnliche Weise bilden. Im Jahre 1850 heilte ich in Kiel einen kräftigen jungen Mann von einem Aneurysma der Poplitaea am rechten Bein, durch Unterbindung der Femoralis. Diese Pulsadergeschwulst hatte sich plötzlich gebildet, als er, einen schweren Sack auf der Schulter, ausgeglitten und in Gefahr zu fallen gekommen war. Er hatte jedoch das Gleichgewicht wieder gewonnen, dabei aber einen Schmerz in der Kniekehle gefühlt. Während der untere Theil der Poplitaea durch die Contractionen der Muskeln des Unterschenkels festgehalten wurde, erlitt dieselbe eine Anspannung durch die mit grosser Muskelkraft ausgeübte Extension des Knies.

Es verlohnte sich vielleicht der Mühe Versuche an Thieren mit weniger coagulablem Blute anzustellen, um solche Aneurysmen künstlich hervorzubringen.

9) Das Projectil entblösst eine grosse Arterie in einer grossen Strecke ihres Laufs vollständig, so dass dieselbe wie präparirt daliegt. Den bedeutendsten Fall dieser Art habe ich nach der Schlacht bei Idstedt in Schleswig gesehen, bei einem Soldaten, dem ein Granatenstück Haut und Muskeln von der Innenseite des Oberschenkels dicht über dem Kniegelenk weggerissen hatte, so dass die Femoralis 3 Zoll weit völlig frei lag. Dieser Fall machte mir nicht geringe Sorge, verlief aber glücklich, ohne Blutung; die Arterie wurde sehr bald von üppigen Granulationen bedeckt, auch fand keine Oblitteration Statt, was wohl zum Beweise dienen mag, dass sie nicht gequetscht worden war.

Blutungen und Blutstillung.

Venenblutungen.

Blutungen aus frisch verwundeten grossen Venen habe ich im Felde nicht zu bekämpfen gehabt, sie müssen sehr leicht durch die hämostatischen Vorkehrungen des Organismus beschwichtigt werden. Ich habe schon weiter oben einen Fall erzählt, in welchem ein 5 Linien langer Riss der Vena jugularis interna glücklich verheilt war, ohne Blutung zu veranlassen.

In München sah ich von einem jungen Operateur wegen eines Poplitäal-Aneurysma die Femoralis unterbinden. Beim Durchführen der Aneurysmanadel unter der Arterie durchstiess er die Vene, ein dicker dunkler Blutstrom kam aus der Wunde. Der Operateur wollte auch die Vene unterbinden, ich rieth ihm jedoch das zu unterlassen und die Wunde zu schliessen, dies geschah und der Fall verlief glücklich.

Wenn Venen selbst bedeutenden Kalibers anhaltend bluten sollen, so gehören dazu Verhältnisse, wie man sie bei der Venäsection künstlich herbeiführt, ein mechanisches Hinderniss des Rückflusses, wie es bei der Aderlässe durch das comprimirende Armband gesetzt wird. Dergleichen Hindernisse können sich im Verlaufe der Schusswunden spontan erzeugen, indem sich das Venenrohr in dem dem Herzen zugewandten Stücke durch Blutcoagulum verschliesst.

Ein preussischer Husar bekam im Jahre 1849 durch Unvorsichtigkeit einen Pistolenschuss, fast a bout portant, welcher in der Mohrenheim'schen Grube eindrang, durch die Achselhöhle ging, und durch den Latissimus dorsi wieder austrat. Die Wunde hatte nicht geblutet, sie reinigte sich sehr gut, aber in der dritten Woche wurde sie wieder unrein, jauchte sehr stark und fing an zu bluten. Fünf, in wenigen Tagen wiederholte, Blutungen machten dem Leben ein Ende, ohne dass die Aerzte, ausser Compression, etwas Wesentliches unternommen hätten; die Blutung schien ihnen mehr venöser Natur zu sein. Bei der Section zeigte sich, dass die Vena axillaris verletzt und an ihrem dem Herzen zugewandten Theile durch Coagula fest verschlossen war. Offenbar hatte erst dieser Process in der Vene oberhalb der verletzten Stelle, den Abfluss des Blutes gestört und die Wunde zum Jauchen gebracht; diese Verjauchung hatte die Exsudate und Blutgerinnsel weggespült, welche die Venenwunde verschlossen und so war es endlich zur Blutung gekommen. Pyämie war nicht vorhanden. In solchen Fällen ist die prophylaktische Behandlung gewiss die beste, in dem vorliegenden Falle

schien mir weder die nöthige Antiphlogose, noch die absolute Ruhe des verletzten Gliedes beobachtet zu sein.

Ob in einem solchen Falle von venöser Blutung die Unterbindung des Hauptarterienstammes, also hier der Subclavia unter dem Schlüsselbeine einen günstigen Erfolg gehabt oder Brand des Arms verursacht hätte, lässt sich a priori nicht bestimmen, wenn auch die Erfahrung dafür spricht, dass die gleichzeitige Verletzung der Hauptarterie und Vene eines Gliedes in demselben Brand hervorruft.

In der Folge werden wir sehen, dass die Verstopfung grosser Venenäste auch noch andere Blutungen zu erregen vermag.

Arterienblutungen.

Die primären arteriellen Blutungen sind in Betreff der sie veranlassenden Verletzungen bereits oben erwähnt worden, es handelt sich hier mehr um die später auftretenden, secundären, Blutungen verletzter Arterien. Die Verhältnisse sind ohne Zweifel im Allgemeinen bei Schusswunden günstiger für spontane Blutstillung als bei Stich- und Schnittwunden der Arterien. Ich habe es erlebt, dass eine völlig durchschossene Brachialis erst nach 3 Wochen blutete, nachdem die Wunde Tags vorher durch Ausziehung grosser Splitter des gebrochenen Humerus und Absägung der beiden scharfen Fragmente beunruhigt worden war. Eine Femoralis, welche einen Riss von 6 Linien Länge hatte, blutete erst nach 8 Tagen, mehrerer ähnlicher Fälle nicht zu gedenken, so wie derjenigen, in welchen ohne vorhergehende Blutung das Glied abstarb, dessen Hauptarterie durchschossen

war. Angestochene oder durchschnittene Arterien dieses Kalibers würden geblutet haben oder hätten traumatische Aneurysmen gebildet. Diese spontanen Blutstillungen bei günstigen Verhältnissen kommen dem Arzte wesentlich zu statten. Sie machen es möglich bei verletzten Arterien, selbst wenn anfangs Blutung da war, durch vorsichtige Behandlung deren Wiederkehr zu verhindern und geben eine bessere Prognose für die Anwendung der Unterbindung des Stammes der verletzten Arterie in einiger Entfernung von der getroffenen Stelle. Bei Stich- und Schnittwunden ist die entfernte Unterbindung ein sehr unsicheres Mittel und ein gewissenhafter Chirurg wird dabei nicht ruhig sein, bis er die abgeschnittene oder angestochene Arterie oberhalb und unterhalb des Loches zugebunden hat. Glücklicher Weise ist bei Schusswunden die Prognose für die entfernte Unterbindung bei weitem besser, ja man kann sagen, dass sie fast immer erfolgreich sei, in Fällen, wo sie überhaupt helfen kann und wo die Nachbehandlung zweckmässig ist. Von fünf Fällen, in denen wegen Verletzung des Stammes der Temporalis oder der Maxillaris interna die Carotis communis unterbunden wurde, verlief nur einer tödtlich, in welchem die Blutung durch Pyämie unterhalten wurde. Ebenso günstig waren die Erfolge der entfernten Unterbindung bei Verletzungen der Brachialis und ihrer Aeste.

Die Mittel, deren man sich auf dem Schlachtfelde bedient, um arterielle Blutungen zu bekämpfen, sind vorzüglich Tamponade und Einwicklung. Man verschliesst die äusseren Oeffnungen durch einen Tampon von glatter Charpie und wickelt das ganze verletzte Glied von

unten nach oben sorgfältig ein. Vielleicht ist der weiche Waschschwamm der Charpie zum Zweck der Tamponade vorzuziehen, er quillt ein wenig auf und erregt, wie ich glaube, noch etwas später Eiterung als Charpie. Der Tampon soll nichts weiter bewirken als Schliessung der äussern Wunde, damit das Blut zurückgehalten werde und ein Coagulum sich bilde.

Die Einwicklung hat nicht sowohl den Zweck, den man früher damit verband, die verletzte Arterie, oder das Loch in derselben, allein zusammenzudrücken, sondern ihr Hauptnutzen beruht darin, die Blutmasse in dem Gliede überhaupt zu vermindern und dessen Zellgewebe so zu comprimiren, dass es dem Eindringen des Bluts aus der verletzten Stelle des Gefässes Widerstand leisten könne. Soll die Einwicklung diesen Zweck erfüllen, so muss sie das ganze Glied umschliessen und sehr gleichmässig sein. Es gehören dazu gute Binden; leinene, besonders neue Binden sind dazu ganz ungeeignet, die mehr elastischen Callicobinden schon besser und noch besser Flanellbinden, deren vortreffliche Eigenschaften von den Chirurgen allgemein höher geschätzt werden würden, wenn sie wohlfeiler wären. Diesen Einwicklungen muss noch eine Schiene hinzugefügt werden, welche die Bewegungen des Gliedes aufhebt. Eine der wirksamsten Einwicklungen bei Pulsaderverletzungen ist die von Winter'sche, mit welcher eine Königin von Bayern geheilt wurde, als ihr die Brachialis beim Aderlassen verletzt war. Sie besteht in Longuetten von 4facher Leinwand 2 Zoll breit gelegt, von der Länge eines Betttuches. Ehe man diese applicirt, werden sie glatt gestrichen und aufgewickelt. Man fängt seine

Einwicklungen von der verletzten Stelle an, umgiebt allmählig das ganze Glied, ohne umzuschlagen, in Schlangentouren. Mit diesen Einwicklungen habe ich in Freiburg eine Stichwunde der Brachialis geheilt, welche, beim Aderlassen entstanden, ein Aneurysma von der Grösse eines Taubeneies gebildet hatte. Der Verlauf war dabei sehr merkwürdig. Der Patient war ein sehr unruhiger Gesell und brachte den Verband öfter so in Unordnung, dass ich denselben erneuern musste. In der dritten Woche bemerkte ich, dass das Aneurysma zwar noch eben so gross war wie früher, aber sich langsamer anfüllte, wenn ich dasselbe durch Druck entleert hatte. Nachdem ich 2 Tage vorher das Aneurysma in seinem frühern Umfange gefühlt hatte, fand ich dasselbe 48 Stunden später, wo der Verband wieder der Erneuerung bedurfte, völlig verschwunden, die Arterie aber pulsirte wie gewöhnlich. Dieser Verlauf beweist auf das deutlichste, dass sich das Loch in der Arterie allmählig verengert und zuletzt völlig verschlossen hatte. Der Nutzen der Einwicklung bestand also vorzüglich darin, das Aneurysma fortwährend leer zu erhalten, um so die Störung zu vermeiden, welche das durchströmende Blut in der Heilung der Arterienwunde veranlassen musste.

Tamponade und Einwicklung können nur in solchen Fällen, wo sich weder blutige noch entzündliche Infiltration des Theils eingestellt hat, von Nutzen sein. Ist diese erst entstanden, so giebt es wohl keine unzuverlässigere und gefährlichere Mittel. Steht in solchen Fällen die Blutung, so kann man, wenn es sich um kleine Gefässe handelt, deren Wiederkehr durch Ruhe, erhöhte

Lage und kalte Umschläge, am besten mit Eisblasen, zu verhindern suchen. In Kolding gelang es mir, selbst ohne Eis, die Wiederkehr einer heftigen Blutung aus dem Arcus volaris profundus der rechten Hand, in Folge eines Schusses durch den Metacarpus zu verhindern. Ich entfernte alle Verbände, legte die Hand auf eine Schiene in der gleichen Höhe des Kopfes und liess kalte Umschläge machen. Ueberhaupt habe ich diese Blutungen nie so intractabel gefunden, wie sie in der chirurgischen Literatur auftreten und schiebe die Hartnäckigkeit derselben, welche öfter die Unterbindung der Radialis oder Ulnaris nöthig machte, zum Theil auf die verkehrten Mittel zu ihrer Verhütung, namentlich auf Druckverbände, bei schon vorhandener Schmerzhaftigkeit und auf Vernachlässigung der ruhigen Lage im Bette mit erhöhter Hand.

Nach meiner Erfahrung ist vollständige Ruhe der Theile das wesentlichste, was zur Vermeidung arterieller Nachblutungen angeordnet werden kann. Der Einfluss, den die vollständige Unterbrechung der Muskelthätigkeit auf die Verminderung des Blutstromes ausübt, erhellt aus vielen Umständen. In allen gelähmten Gliedern werden sehr bald die Arterien kleiner, es erfolgen selten secundäre Blutungen aus dem Stumpfe eines ganz abgeschossenen Gliedes, auch wenn die Arterien nicht unterbunden sind; es erfolgen selten Blutungen, wenn die Hauptarterie eines Gliedes abgeschossen war und dieses in Folge davon abstirbt. Dass, bei fracturirtem Humerus, die völlig abgeschossene Art. brachial. nicht blutete, bis der früher stets ruhig liegende Arm bewegt worden war, ist auch wohl zum grossen Theile der Unmöglich-

keit spontaner Bewegungen zuzuschreiben. Gebrochene Glieder in festem Verbande eingeschlossen, magern in kurzer Zeit erstaunlich ab. Auf der andern Seite ist der Einfluss der Muskelbewegung auf die Blutfülle eines Gliedes nicht minder schlagend. Ich habe mehrere Male beobachtet, dass Personen, welche ich vom Pes equinus geheilt hatte, wenige Tage nach dem ersten Umhergehen eine Umfangszunahme in der Gegend der Wade von 2 Zoll zeigten, die man doch wohl nur der grössern Blutfülle in den Muskeln zuschreiben konnte.

Es scheint kaum so grossen Aufwandes von Beweisen zu bedürfen, um die Nothwendigkeit der Ruhe eines Gliedes mit verletzter Arterie darzuthun, und doch habe ich die Erfahrung gemacht, dass dieser einfachste Grundsatz mit dem grössten Leichtsinn behandelt wird. In der Schlacht bei Kolding erhielt ein junger Soldat einen Schuss, welcher dicht über der Radialseite des Handgelenks eindringend, in einer Diagonale unter den Beugemuskeln durchging und in der Nähe des Condylus humeri internus wieder austrat. Am vierten Tage erfolgte eine heftige, arterielle Blutung der Ausgangsöffnung. Man konnte nicht wissen, welcher Ast der Brachialis verletzt war, ich liess deshalb diese letztere freilegen. Ihr Kaliber schien mir dem gewöhnlichen Umfange des Gefässes nicht entsprechend, ich liess deshalb weiter nachsuchen und es fand sich noch ein zweites Gefäss von gleichem Durchmesser. Es fand also in diesem Falle die nicht seltene hohe Theilung der Brachialis Statt. Der Arm wurde eingewickelt und durch eine Schiene von Gutta percha in seinen Bewegungen gehemmt. Drei Tage nach der Operation hatte der

behandelnde Arzt für gut befunden die Schiene wegzulassen. Die Blutung erneuerte sich, kam aber später nicht wieder, als die Schiene anhaltend bis zur Vernarbung getragen wurde. Ein ganz ähnlicher Fall kam in Rendsburg vor, wo eine Schussfractur des Radius in der Nähe des Ellenbogengelenks heftig geblutet hatte, so dass die Verletzung der Radialis selbst wahrscheinlich war. Man hatte die Brachialis mit gutem Erfolge unterbunden, aber nach 3 Wochen kam wieder eine heftige Blutung, nachdem der Arm gebadet und nach Knochensplittern sondirt worden war. Der Patient war sehr anämisch, erholte sich aber und bekam keine Blutung wieder; der Arm wurde bis zur Heilung nicht von der Schiene befreit. Weniger glücklich verlief eine Verletzung der linken Femoralis im untern Drittheil, welche bei Friedericia verletzt, erst am sechsten Tage so heftig geblutet hatte, dass der Patient dem Tode nahe kam. Man comprimirte die Arterie auf dem Schambogen und holte mich zu Hülfe. Ich fand den Patienten pulslos und wachsbleich. Durch völlig horizontale Lage stellte sich nach kurzer Zeit der Puls an der Radialis wieder ein. Ich liess die Femoralis unter dem Poupart'schen Bande unterbinden. Der Patient erholte sich sehr schnell. Leider waren meine Rathschläge nicht befolgt, das verletzte Bein auf einem Kissen zu befestigen, und ich sah zu meinem Verdrusse, einige Tage später, wie sich der Patient seines Gliedes ganz ungehindert bediente. Meiner Vorwürfe ungeachtet wurden weder Patient noch Arzt vorsichtiger und so erfolgte am siebenten Tage nach der ersten Blutung eine zweite tödtliche. Die Section erwies einen 6 Linien langen

Riss der Femoralis, die Vene war unverletzt. Oberhalb des Risses war die Arterie schon beinahe ganz durch plastisches Exsudat verschlossen, die Blutung war aus dem untern Ende gekommen. Auch an diesem war der plastische Process schon fortgeschritten, so dass bei vollständiger Ruhe der Extremität die Heilung sicher gelungen wäre, denn im Uebrigen bot die Wunde alle Aussicht auf Heilung.

Man wird sich vielleicht wundern, unter den hämostatischen Vorrichtungen das Tourniquet noch nicht erwähnt zu finden. In der That spielt dieses Instrument jetzt keine bedeutende Rolle in der Chirurgie. Von mehreren tausend Tourniquets, welche zur Vertheilung an Aerzte und Combattanten der schleswig-holsteinischen Armee angeschafft worden waren, sind nur sehr wenige in Gebrauch gewesen. Im Feldzuge von 1849 sah ich wohl mitunter einen Verwundeten vom Schlachtfelde kommen, dem das verwundete Glied mit diesem Werkzeuge zusammengeschnürt war. Der offenbare Nachtheil dieser Procedur für den Zustand der Wunde brachte die Aerzte bald von dessen Gebrauche ab. Sie wurden nur gebraucht um, lose angelegt, im Fall der eintretenden Blutung schnell zur Hand zu sein. Es kann wohl kaum etwas Thörichteres geben als die Idee, durch ein mässig angezogenes Tourniquet die Wiederkehr einer Blutung verhindern zu wollen, da jedes Hinderniss des Rückflusses die Blutung wieder erregen kann. Für die augenblickliche Blutstillung ist der Druck eines geübten Daumens auf dem Hauptstamme jedem Tourniquet vorzuziehen. Dieser beherrscht den Zufluss, während das Tourniquet, wenn es nicht sehr zweckmässig und fest

angelegt ist, eher den Rückfluss hemmt. In dieser Beziehung kann man nicht sorgfältig genug sein, wenn man ein Tourniquet prophylaktisch anlegt; man hüte sich dasselbe so fest zu schnallen, dass es die Venen im geringsten comprimiren könnte.

Man sollte glauben, dass unter den Veranlassungen erneuter Blutung die Untersuchung der Wunde mit Sonde und Fingern eine grosse Rolle spielen müsse. Es scheint indess, nach meinen Erfahrungen, dass diese nicht so leicht direct zu neuen Blutungen führt; offenbar hängt das Coagulum anfangs zu fest an der verletzten Arterie, um so leicht abgestreift zu werden. Indirect ist dagegen der Nachtheil solcher Untersuchungen gewiss sehr bedeutend, sie steigern die Entzündung; indem sie der Luft den Zugang zu der Tiefe der Wunde bahnen, befördern sie die Zersetzung des ergossenen Blutes und der entzündlichen Exsudate. Diese werden schneller abgestossen, ehe die Arterie sich definitiv geschlossen hat und dann kommt es zu neuen Blutungen. Eine ähnliche Wirkung haben frühzeitig angewendete Cataplasmen. Bleibt die Wunde ungestört, so schreitet der Eiterungsprocess langsam, von den Oeffnungen des Wundcanals an, weiter; bis er an das verletzte Gefäss dringt, kann dies bereits organisch verschlossen sein. Es sind mir mehrere Fälle bekannt, in welchen grosse Gefässe verletzt waren, wo man, gleichzeitiger Knochenverletzungen wegen, mehrere Untersuchungen mit dem Finger vorgenommen hatte, ohne sogleich Blutungen zu veranlassen, welche dann später erst eintraten.

Aufregung des Gefässsystems durch Gemüthsbewegungen oder spirituöse Getränke tragen bekanntlich zur

Erneuerung von Blutungen bei, indess hat man die spirituösen Getränke doch nicht so zu fürchten, dass man sie nicht Verwundeten verordnen dürfte, welche vom Delirium tremens bedroht sind. Wundblutungen, die auf den Coitus folgten, habe ich mehrmals beobachtet bei Personen, welche ihre Frauen kommen liessen, um besser verpflegt zu werden. Sie dienten zur Warnung. In dieselbe Kategorie der Blutungen durch Gefässaufregungen gehören auch die entzündlichen Blutungen, welche, ganz abgesehen von der Grösse der verletzten Gefässe, bei bedeutenden Wunden vorkommen, wenn die Entzündung rasch gesteigert wird durch weiten Transport, unzweckmässigen Verband und Mangel passender Antiphlogose. Diese Blutungen, welche meistens nicht sehr profus sind, können sehr wohlthätig wirken und zeigen dadurch den Weg an, welchen die Natur selbst einschlägt, die Entzündung zu mässigen. Die mit Entwicklung der Entzündung eintretende Stase in den Capillargefässen ist ohne Zweifel der mechanische Grund dieser Blutungen, welche mitunter, als Hämorrhagien einzelner verwundeter Arterien, rasch auftreten und dann bald wieder aufhören, mitunter aus vielen kleinen Punkten kommend, länger anhalten. Diese entzündlichen Hämorrhagien sind es, welche, wie ältere Chirurgen schon bemerkt haben, zuweilen mit Aderlässen behandelt werden müssen, da die spontanen Blutungen nicht immer hinreichen, die entzündliche Stase zu mässigen. Der Nichtbeachtung dieser durch entzündliche Hämorrhagien gegebenen Fingerzeige für eine antiphlogistische Behandlung, schreibe ich namentlich den üblen Ausgang vieler Wunden und Amputationen zu.

Die Blutungen, welche man der Abstossung von Brandschorfen der Schusscanäle zuschreibt, kommen vom fünften Tage an bis zum Anfange der Vernarbung vor, am häufigsten zwischen dem fünften und achten Tage. Es handelt sich dabei wohl häufiger um die Abstossung von Blutcoagulum oder Fibrinpfröpfen als um Abstossung von Brandschorfen, auch kommen dabei alle die Umstände in Betracht, welche überhaupt die Blutungen zu erregen, zu unterhalten oder zu erneuern vermögen. Wäre dies nicht der Fall, so müssten sie regelmässiger bei vollständiger Eiterung des Schusscanals sich einstellen, dies ist aber nicht der Fall.

Phlebostatische Blutungen.

Blutungen durch Phlebitis und Pyämie.

Es sind dies vermuthlich dieselben Blutungen, welche man bisher als parenchymatöse bezeichnet hat, weil sie nicht selten aus den neuen Capillargefässen der Granulationen kommen, ohne dass man, selbst wenn sie grossen Blutverlust veranlassen, offene Mündungen grosser verletzter Gefässe nachweisen kann.

Es kann sein, dass es bei Schusswunden auch parenchymatöse Blutungen giebt, welche den scorbutischen ähnlich sind und, ohne handgreifliche locale Veranlassungen, der Atonie und Blutentmischung allein zugeschrieben werden müssen. Ich habe dergleichen aber nicht beobachtet.

So lange es Schusswunden giebt, haben die Chirurgen bemerkt, dass secundäre Blutungen nicht selten bei Personen vorkommen, denen die Kugel Knochen zerschmettert hat. Man nannte diese Blutungen parenchy-

matöse, weil man ihren Ursprung in grössern verletzten Gefässen nicht nachweisen konnte.

Nach meiner Erfahrung sind es vorzüglich zwei Zustände, welche sie herbeiführen.

I. Lose Knochensplitter, sowohl Bruchsplitter als nekrotische Splitter, welche von Granulationen umgeben liegen, reizen diese auf eine so eigenthümliche Art, dass sie bei der geringsten Veranlassung bluten, bei Bewegungen, beim Sondiren etc. Diese Erscheinung ist bald nach Lösung der Splitter so constant, dass sich die letztere daraus mit Sicherheit diagnosticiren lässt, wenn man Schusswunden oder nekrotische Processe genau beobachtet. Unzählige Knochensplitter habe ich auf diese Art diagnosticirt und ausgezogen. Dieses Bluten der Granulationen dauert aber nicht in alle Ewigkeit fort, es hört auf wenn der Splitter durch veränderte Lagerung oder durch Einhüllung in Narbensubstanz seine Beweglichkeit theilweise verloren hat. Nur der genaue Beobachter wird deshalb daraus Nutzen ziehen. Blutungen dieser Art sind unbedeutend und durch die einfachsten Vorrichtungen zu stillen. Sie würden hier kaum einer Erwähnung werth sein, wenn man sie nicht, wie ich glaube, mit der folgenden verwechselt hätte.

II. Durch Phlebitis entstandene oder pyämische Blutungen. In den der Wunde zunächst liegenden grossen Venen bildet sich ein Hinderniss mit dessen Beihülfe, theils spontan, theils durch äussere Veranlassungen, Bewegungen, Sondiren, Ausziehung von Splittern, Aufregung des Gefässsystemes, Vermehrung der Blutmasse durch bessere Nahrung oder kräftigere Blutbildung, Hämorrhagien zu Stande kommen, deren Quelle verschieden sein kann.

Das Blut kommt unter solchen Umständen sehr oft aus den Capillargefässen, welche turgesciren, zerreissen und eine Zeitlang bluten. In andern Fällen kommt das Blut aus verwundeten Venen oder Arterien, welche entweder früher nicht geblutet hatten, oder unterbunden waren, deren Unterbindungsfäden sich aber bereits abgestossen oder gelockert haben. Unter gewöhnlichem Blutdrucke würde die Heilung der Gefässwunde zu Stande gekommen sein, bei dem stärkern Blutdrucke, welchen die Venenstase veranlasst, werden die Fibrinausschwitzungen abgestossen, welche die blutenden Wandungen verschlossen hatten. Dazu kommt noch in vielen Wunden dieser Art der nachtheilige Einfluss, welchen die Venenstase auf die Vegetation der Wunde ausübt, indem schon vor dem Entstehen der Blutung die Granulationen schlaff und die Eiterung jauchig wurde.

Diesen Zusammenhang zwischen Jauchen der Wunde und Blutungen hat man schon längst gekannt, aber, so viel ich weiss, nicht auf ihren gemeinschaftlichen Ursprung, auf die Venenstase zurückgeführt. Es ist dabei wohl zu bemerken, dass eine jauchige Beschaffenheit der Wunde keineswegs nothwendig den Vorläufer der Blutung zu bilden braucht, es kommt fast eben so oft der andere Fall vor, dass die Blutung auftritt, ehe die Wunde sich äusserlich in ihrem Ansehen und Secret verändert hatte. Zu diesen Veränderungen in der Vegetation der Wunde gehört ein Zusammentreffen von Umständen, welches ich hier nicht erörtern will.

Es wird wohl Niemand in Abrede stellen, dass man a priori schon die Verstopfung des Hauptvenenrohrs durch Fibrine oder Blutgerinnsel für ein wesentliches

Mittel zur Beförderung secundärer Blutungen zu halten habe. Wenn nun die Erfahrung lehrt, dass diese Phlebostasis sehr häufig coincidire mit secundären Blutungen, so dass sie in der überwiegend grössern Zahl von Fällen bei letzteren angetroffen wird, so lässt sich nicht abläugnen, dass dieser Gegenstand die Beachtung der Chirurgen in hohem Grade verdiene. Ich habe diese Erfahrung bereits in meiner Abhandlung über Schussfracturen vor 4 Jahren mitgetheilt, sie hat aber keine Beachtung gefunden. Ich kann jetzt sagen, dass ich das Zusammentreffen von secundären Blutungen an allen Theilen des Körpers mit Phlebostasis beobachtet habe, nicht bloss bei den grössten Venen der Extremitäten, wie der Femoralis und Axillaris, sondern auch bei kleineren, wie die Vena mammaria interna, die Venae intercostales, bei secundären Blutungen aus Wunden des Thorax. Die unter solchen Umständen wegen Blutungen an den Extremitäten unternommenen Unterbindungen der Hauptarterie (7mal die der Femoralis bei secundären Blutungen nach der Amputation des Oberschenkels, 3mal der Subclavia über dem Schlüsselbein, bei secundär blutenden Wunden der Achselhöhlengegend) stillten meistens die Blutung bleibend, retteten aber nicht das Leben, indem der Tod durch Pyämie erfolgte. Nur zwei Oberschenkel-Amputirten habe ich bei secundären Blutungen des Stumpfes das Leben durch Unterbindung der Femoralis gerettet. Dem Einen hatte ich es vorhergesagt, er werde eine Nachblutung bekommen, weil er keinen Augenblick ruhig lag und mit dem Stumpfe im Bette herumwühlte. Mein damaliger Assistent, Dr. Beck und ich waren glücklicher Weise in der Nähe, als die

Blutung am zehnten Tage eintrat, sie war entschieden arteriell und kehrte, nach Unterbindung der Femoralis unter dem Poupart'schen Bande, nicht wieder. Der andere glückliche Fall war der eines Schleswig-Holsteiners, welcher am neunten Tage nach der Amputation eine ebenfalls entschieden arterielle Nachblutung des Oberschenkels bekam.

In allen Fällen, wo bei Amputirten die Unterbindung des Hauptstammes geschah, war es merkwürdig, wie geringen Einfluss diese Operation auf die Vegetation der Wunde hatte, die Granulationen wurden etwas blasser, sonst sah man keine Veränderung.

In den tödtlich verlaufenden Fällen war in der Regel die Farbe des bei der secundären Hämorrhagie ausfliessenden Blutes der Art, dass die Aerzte ungewiss blieben, ob dasselbe arterieller oder venöser Art sei. Fast nie wurde die Quelle der Blutung durch die Obduction mit Sicherheit nachgewiesen, selbst nicht durch Injection von Wasser in die Hauptarterie. Unter diesen Umständen ist die Oberfläche der Wunde gewöhnlich so erweicht, dass überall leicht Zerreissungen entstehen. In zwei Fällen nur coincidirte, dem Anscheine nach, die phlebostatische Nachblutung mit unvollkommener Unterbindung. Bei einer Amputation des Unterschenkels, welche Dr. Fr. Esmarch in Flensburg machte, tadelte derselbe seinen, übrigens sehr geschickten Assistenten, weil derselbe die Unterbindungsfäden nicht fest genug anzog. Der Patient bekam am fünften Tage eine Nachblutung; die bei unserer Abwesenheit zu Hülfe gerufenen Aerzte öffneten den Stumpf wieder und umstachen eine Arterie des Wadenlappens. Die Blutung kehrte aber noch mehrere

Male vor dem, nach 3 Tagen unter deutlichen pyämischen Erscheinungen, erfolgenden Tode wieder. Die ganze Vena femoralis war mit Blutcoagulum angefüllt.

Bei einer Resection des Schultergelenks wegen weitgehender Zerschmetterung des Kopfs und Halses des Humerus in der dritten Woche nach der Verletzung sprützte die durchschnittene Art. circumflexa humeri sehr heftig. Sie wurde sogleich, aber nicht zu meiner Zufriedenheit, unterbunden, weil sie nicht hinreichend isolirt gefasst war. Ich wünschte nach der Operation, dass dies Gefäss noch einmal genauer unterbunden würde, aber der Operateur hatte leider beide Enden des Fadens dicht am Knoten abgeschnitten. Die Stelle, wo das Gefäss gesprützt hatte, war deshalb nicht wiederzufinden und so unterblieb eine sorgfältige zweite Unterbindung. Meine Besorgnisse, dass hier eine Nachblutung erfolgen werde, gingen leider am fünften Tage nach der Operation in Erfüllung. Wiederholte Blutungen machten dem Leben binnen wenigen Tagen ein Ende. Die Vena axillaris war durch feste Blutgerinnungen geschlossen, welche offenbar von älterem Datum waren und von der Entzündung veranlasst zu sein schienen, welche die erste Folge der Verletzung war.

Ich erwähne dieser für sich allein wenig beweisenden Fälle hier nur, um daran die Bemerkung zu knüpfen, dass ich im Felde wo möglich mit noch grösserer Sorgfalt als in der Klinik die Unterbindung der Blutgefässe überwacht habe. Bei der grossen Seltenheit von Nachblutungen in meiner Civilpraxis musste ich daher überrascht sein, dieselben im Felde öfter zu sehen und war deshalb, im vollen Vertrauen auf eine ausreichende Unter-

bindung, um so mehr berechtigt den aussergewöhnlichen Verhältnissen und namentlich den pyämischen Processen die Schuld davon aufzubürden.

Nicht immer liegt das Hinderniss des Blutrückflusses in den grossen Venenröhren. In Freiburg amputirte ich 6 Monate nach erhaltener Verletzung einen badischen Unterofficier, der nach einer Schussfractur des linken Oberschenkels, welche er am 2. April 1848 erhalten hatte, hektisch geworden war oder vielmehr an chronischer Pyämie litt, obgleich die Vereinigung der Fragmente zu Stande gekommen war. Die Wunde schloss sich grössten Theils durch erste Intention und der Patient erholte sich ein wenig. Am zehnten Tage bekam er eine venöse Blutung aus dem Stumpfe, der er bald nachher erlag. Die Obduction ergab, dass das Blut aus der wieder geöffneten Vena femoralis gekommen war. Die grossen Venen waren frei von Entzündung und Gerinnungen, in den Lungen aber waren viele crude Tuberkeln und lobuläre pyämische Abscesse, welche die Circulation des Blutes wesentlich hatten erschweren müssen.

Die Oblitteration der grossen Venen ist öfter das Werk der Entzündung, welche sich von benachbarten Theilen auf die Venen fortpflanzt; in diesem Falle kann der ganze Process ohne Pyämie verlaufen und bis zum Entstehen der Blutung hat der Patient sich relativ wohl befunden. In andern Fällen werden die Venenhäute vom jauchigen Exsudat durchdrungen, welches in ihrer nächsten Nähe abgelagert ist, sowohl an ihren getrennten und oft durch plastische Gerinnung bereits geschlossenen Mündungen, sehr häufig aber auch durch Exsudate, welche an ihrer Continuität gelagert sind, während ihre

getrennten Enden bereits in fester Narbensubstanz eingeschlossen sind, wie man dies bei Amputationsstümpfen sehen kann. Die Endosmose dieser jauchigen Secrete bringt die Gerinnung hervor. In diesen Fällen ist Pyämie der gewöhnliche Anfang oder das Ende dieser Zustände, der Patient hat bereits Schüttelfröste gehabt oder bekommt sie bald nach der Blutung.

Die verschiedenartige Einwirkung scharfer, zersetzter Exsudate auf die Wundfläche und die sie umgebenden Blutgefässe muss es erklären, dass die phlebostatischen Blutungen aus den drei verschiedenen Gattungen von Gefässen kommen können, aus den Venen selbst, den Capillargefässen und aus Arterien. Die Capillaräste bluten schon unter dem Einflusse des durch Venenstase erhöhten Blutdruckes, die Venen aber wohl erst dann, wenn bei erhöhtem Blutdrucke die ihre Mündungen verschliessenden Pfröpfe erweicht und theilweise ausgestossen sind, die Arterien unter demselben Verhältnisse, oder wenn sie in ihrer Continuität von Jauche imprägnirt und ein Theil ihrer Circumferenz brandig abgestorben ist. Diese brandige Stelle zerreisst auch wohl schon bei gewöhnlichem Blutdrucke und kann dann sehr heftig bluten. Im Jahre 1848 erlebte ich in Freiburg einen Fall, der den letztern Vorgang sehr deutlich darstellte. Ein 77jähriger Mann hatte in Folge einer vernachlässigten unbedeutenden Wunde des kleinen Fingers eine peracute Entzündung des ganzen Carpus bekommen. Aller angewandten Mühe ungeachtet erfolgte Nekrose sämmtlicher Carpusknochen. Der Aufbruch des Handgelenks erfolgte an mehreren Stellen, unter andern in der Nähe der Stelle, wo man den Puls der Radialis zu fühlen pflegt.

Die Nekrose der Carpusknochen war durch die crepitirenden Geräusche bei passiven Bewegungen hinreichend constatirt und ich wartete mit der Amputation nur bis zum weitern Abschwellen des ödematösen Arms, als der Patient plötzlich, bei ruhiger Lage im Bette, eine heftige arterielle Blutung bekam, welche mich zwang, auf der Stelle die Amputation des Vorderarms, ungeachtet des vorhandenen Oedems, machen zu lassen. Bei der sorgfältigen Section zeigte es sich, dass die Arteria radialis an der Stelle, wo sie mit dem Eiter in Berührung gestanden hatte, auf einer Strecke von wenigen Linien brandig erweicht war und einen Einriss bekommen hatte. Auf ähnliche Art werden auch ohne Zweifel in tiefen Wunden die Arterien von zersetzten Exsudaten angegriffen und reissen dann ein, was bei erhöhtem Blutdrucke um so leichter geschehen muss.

Man wird hier vielleicht die Frage aufwerfen, wozu nützt diese neuerfundene Aetiologie gewisser secundärer Blutungen? Jedenfalls vor der Hand so viel, dass man ihnen weniger direct als indirect, durch Vermeidung ihrer Anlässe, zu begegnen suchen wird.

Ich glaube die Nothwendigkeit und Richtigkeit meiner Anschauungsweise dieser Blutungen nicht besser hervorheben zu können als durch die Hinweisung auf zwei neuere in der Deutschen Klinik mitgetheilte Beobachtungen, welche in anderer Absicht beschrieben, in Bezug auf den objectiven Thatbestand als unparteiisch angesehen werden können. Beide Fälle sind sehr gut beschrieben, so dass sie ganz den Eindruck machen, wie ihre eigne Beobachtung gemacht haben würde. № 49. Jahrgang 1851 enthält eine Krankengeschichte aus der Klinik

des Herrn Prof. Frerichs in Kiel von Dr. Bartels geschildert. Sie betrifft einen Fall von Phlebitis umbilicalis neonati, 10 Tage nach der Geburt, in welchem, nebst Icterus, sich bald die Erscheinungen einer entzündlichen Gerinnung in der Vena cava zeigten, in welche die Entzündung der Nabelvene durch den Ductus venosus Arantii übergegangen war. Prof. Frerichs diagnosticirte dies aus der Erweiterung der Venen der Bauchhaut und den Echymosen, welche sowohl an den untern Extremitäten, als auch an der Vorhaut und Raphe, so wie an den Lippen zeigten. Es traten Blutungen aus dem Nabel und parenchymatöse Blutungen aus den verschiedenen Ecchymosen auf. Später collabirten, beim Gebrauche von Calomel, die stark ausgedehnten Venen der Bauchhaut, woraus Prof. Frerichs den Schluss zog, dass das Blut und Exsudatgerinnsel in der Vena cava jetzt zerfallen, die Durchgängigkeit derselben auf diese Art wieder herstellig gemacht sei, dass jedoch durch das Fortschwemmen dieser Exsudate neue Störungen der Circulation herbeigeführt werden würden. Einige Tage nachher starb das Kind, 40 Tage alt. Die Section bestätigte die aus der klinischen Beobachtung gezogenen Schlüsse, über die Ursache der Blutstase. In der Vena cava fanden sich noch die krümlichen Ueberreste der früheren vollständigen exsudativen Gerinnungen.

In diesem Falle erfolgten die phlebostatischen Blutungen nicht bloss aus der Nabelvene, einem verwundeten, noch unvollständig geschlossenen Blutcanale, sondern auch aus gesunden unverletzten Hautstellen, sowohl an den untern Extremitäten und der Vorhaut, als auch

an den Lippen. Bei erwachsenen Personen würde das letztere nicht geschehen sein. Es gehörten dazu die feineren, schwächeren Capillargefässe der Oberfläche eines neugebornen Kindes, um diese wahrhaft parenchymatösen Blutungen hervorzubringen. Auch darf die Anämie nicht schon einen zu hohen Grad erreicht haben, sonst kommt es unter solchen Umständen auch nicht zum Strotzen der Bauchhautvenen. Im Jahre 1850 behandelte ich einen jungen Officier, welcher bei Missunde einen Schuss durch den Rumpf bekommen hatte, der durch den untern Theil des Thorax eindringend das Zwerchfell, Milz und Niere und Colon transversum durchbohrt hatte und dann wieder am Rücken ausgetreten war. Alle diese Verletzungen waren bis auf die der Milz, welche keine besondere Erscheinungen darbot, leicht zu diagnosticiren, aus dem zuerst stattfindenden Abgange von Blut mit dem Harne, dem Abflusse von Koth aus der hintern Wunde etc. Wider Erwarten lebte dieser Patient noch bis zum Ende der fünften Woche. Sein Tod erfolgte vorzüglich durch einen grossen Jaucheheerd, welcher sich im retroperitonäalen Zellgewebe der linken Lumbalgegend entwickelt, längs der grossen Gefässe, bis tief in das kleine Becken sich hinabgesenkt hatte und endlich, das Peritonaeum durchbrechend, in der Nähe des Mastdarms eine Jaucheergiessung in der Bauchhöhle veranlasst hatte, welche unter den Erscheinungen der Perforation den schnellen Tod zur Folge hatte. In diesem Falle waren beide Venae iliacae und die Cava inferior bis zur Höhe der Venae renales hinauf mit Fibrinpfröpfen fest verschlossen, so dass auch nicht ein Blutstropfen auf diesem Wege zum

Herzen mehr hatte gelangen können. Dessen ungeachtet war ein leichtes Oedem des linken Fusses die einzige peripherische Erscheinung dieser Phlebostasis, an der Bauchhaut waren keine erweiterte Venen zu sehen, keine Venenanschwellungen oder Ecchymosen an den Extremitäten. Offenbar war dazu die Anämie bereits zu gross, als die Verschliessung der Vena cava erfolgte.

№ 9. der Deutschen Klinik, Jahrgang 1852 enthält aus der Feder von Dr. Wagner, den ich im Jahre 1849 das Vergnügen hatte in Kolding kennen zu lernen, wo er uns unter sehr wenig erfreulichen Verhältnissen treffliche Dienste leistete, die Beschreibung eines Falles von Sarcom der rechten Halshälfte, welches Professor Langenbeck in Berlin exstirpirte, weil Indicatio vitalis vorhanden war. Die Respiration war sehr beeinträchtigt und das Gesicht des Patienten livide aussehend. Die Geschwulst konnte nicht vollständig ausgeschält werden, weil sie mit dem Kehlkopfe und den grossen Gefässen der rechten Seite verschmolzen war. Die grosse Höhle wurde mit Charpie locker ausgestopft. Bald nach der Operation stellten sich Kopfcongestionen ein, Nasenbluten und eine Nachblutung unter Erleichterung. Wiederholte Blutungen wurden theils durch Umstechung, theils durch einfache Mittel beseitigt. Ein Erysipel des Kopfes verlief ohne schlimme Folgen. Am 15ten Tage nach der Operation erfolgte eine heftige arterielle Blutung, wegen deren die Carotis communis unterbunden wurde, wodurch die Blutung dauernd beseitigt wurde. Zwei Tage nach Unterbindung der Carotis traten die Symptome des Hirndrucks ein, die linke Körperhälfte wurde paralytisch und der Tod erfolgte unter

zunehmenden Erscheinungen von Schlund- und Lungen-Paralyse.

Die Section ergab einen Abscess in der rechten Hemisphäre, Blut- und Fibringerinnsel in den Sinus der rechten Hälfte. Die Vena jugularis interna war verengert und entzündet mit verdickten Wänden; von ihrer Vereinigung mit der Subclavia bis zum obern Rande des Schildknorpels war sie mit dickem, schwärzlich-rothem Blute, weiter oben, bis zum Eintritt in den Schädel, mit Eiter angefüllt. Die Ligatur der Carotis lag $1^1/_2$ Zoll unter der Bifurcation derselben. Dicht über der Ligatur war ein Stecknadelknopf grosses Loch in der Carotis mit rauhen, schwärzlich-grauen, morschen Rändern, von welchem sich jedoch nicht angeben liess, ob es schon früher bestanden, oder erst bei der Präparation gebildet sei. Es ist nun nach meiner Ansicht nicht zu verkennen, dass in diesem Falle die Vena jugularis interna schon vor der Operation durch die sie einhüllende Geschwulst verengert war, und das livide Aussehen des Patienten war wohl diesem Umstande zum Theil zuzuschreiben. Nach der Resection der Geschwulst und dem Ausfüllen der Höhle mit Charpie steigerte sich sofort dieses Hinderniss des Blutrückflusses, dem einige Hülfscanäle entzogen worden waren, welche bei der Operation nothwendig hatten getrennt werden müssen. Die Vena facialis communis hatte getrennt und unterbunden werden müssen. Deshalb traten bald nach der Operation Kopfcongestionen ein. Die Natur half sich durch Nachblutungen und Nasenbluten. Diese Blutungen wurden stets sorgfältig gestillt. Mittlerweile schritt die Zersetzung der Geschwulstreste fort und die von ihnen umgebene

Carotis wurde durch Imprägnation mit Jauche brandig erweicht und gab zu der bedeutenden arteriellen Nachblutung Veranlassung, welche die Unterbindung der Carotis erforderte. Die neue traumatische Insultation der Nachbarschaft brachte nun die schon früher verengerte Vena jugularis int. zur völligen Oblitteration durch Gerinnung. Die Folge davon war vermehrte Blutstase im Gehirn und Paralyse der linken Seite, entsprechend dem in der rechten Hemisphäre gehemmten Abflusse. Pyämische Eiterablagerungen beschlossen die Scene. Der Versuch die Reste der Geschwulst durch Charpie-Einlegen zum Abstossen zu bringen, konnte jedenfalls keinen andern Ausgang haben. Nach meiner Ansicht hätte man von dieser Idee ganz abstrahiren müssen, nachdem es sich ergeben hatte, dass die grossen Gefässe von der Geschwulst umschlossen waren, dadurch hätte vielleicht das Leben etwas länger gefristet werden können.

Der vorliegende Fall bot wohl von vorne herein keine Aussicht auf dauernden Erfolg, oder längere palliative Hülfe. Es giebt aber ähnliche, wobei eine den Verhältnissen entsprechende Behandlung den tödtlichen Gefahren vorbeugt und den Kranken rettet. Jede grosse Geschwulst, welche man aus dem Trigonum carotideum ausschält, gehört dahin und die entzündliche Stase der Vena jugularis interna spielt dabei eine bedeutende Rolle. Wollen die Chirurgen nach ihren Operationen nicht mehr zur Ader lassen, so mögen sie nur von diesen Halsgeschwülsten wegbleiben, sie werden wenig Ehre damit einlegen. Ich habe dies bei meinen zahlreichen Operationen cystischer Kröpfe gelernt. Die Röthe des Gesichts

allein muss die Indication zum Aderlassen angeben, der Puls entscheidet Nichts.

Ich bemerke gleich bei dieser Gelegenheit, dass bei keiner der von mir im Felde veranlassten Unterbindungen der Carotis Hirnzufälle aufgetreten sind, sie wurde in gesunden Geweben unterbunden und die grösste Schonung der benachbarten Theile ausgeübt. Nach meiner Ansicht hat wohl die Unterbindung der Carotis selbst gar wenig Schuld an den nachfolgenden paralytischen Hirnzufällen, deren Ursache man lieber in der Jugularvene suchen sollte, damit man sie in Zukunft bei allen, ihre Nähe betreffenden, Operationen mit dem gehörigen Respecte behandle.

Hämostatische Operationen.

Die blutstillenden Operationen bei Verletzungen grosser Schlagadern gehören zu den wichtigsten und belohnendsten. Die meisten andern Operationen erleiden so lange Aufschub, dass der sachverständige Arzt herbeigeholt werden kann, bei Blutungen soll der zuerst ankommende sogleich helfen können, wenn er seinem Stande Ehre machen will. Nach meiner Ansicht sollte deshalb kein Arzt licencirt werden, der es nicht versteht. Im gewöhnlichen praktischen Leben sind die Fälle selten, in denen der Arzt seine Bekanntschaft mit dem Gefässsysteme auf diese Art an den Tag zu legen die Veranlassung findet, aber diese seltenen Fälle sollten ihn stets gerüstet finden. In diesem Sinne habe ich bei den Uebungen am Cadaver stets einen grossen Theil der Zeit dem Aufsuchen der Schlagadern gewidmet. Nur

wenn man dieser Operationen völlig Meister geworden ist und ihre Schwierigkeiten deshalb nicht mehr hoch anschlägt, wird man die Indicationen dafür gehörig stellen und nicht die Zeit mit unnützen, schädlichen Versuchen der Tamponade und Compression verschwenden, wobei man scheinbar alles Mögliche anwendet, in Wirklichkeit aber den Patienten zu Tode bluten lässt.

Tamponade und Compression sind nur erlaubt bei frischen unentzündeten Wunden, ohne bedeutende Blutinfiltration des Zellgewebes. Werden entzündete und geschwollene Glieder der Compression, besonders der Wirkung der Tourniquets unterworfen, so ist weit eher der Brand durch vollständige Blutstagnation, als die Rettung des Lebens oder des Gliedes zu erwarten.

Die blutstillenden Operationen zerfallen in zwei Methoden, die örtliche und die entfernte Unterbindung.

Die örtliche Unterbindung, an der verletzten Stelle selbst, verdient im Allgemeinen den Vorzug vor der entfernten, wo das Gefäss an einer bequemen Stelle, dem Herzen näher unterbunden wird.

Diese letztere Methode sichert weniger gegen erneuerte Blutung, sobald die Collateralgefässe wieder Blut in den Theil des Gefässes leiten, welcher unter der Unterbindungsstelle liegt. Da das Blut in den Arterien nicht durch Klappen gehindert wird rückwärts zu fliessen, so tritt diese Wiederanfüllung des unterbundenen Gefässes von unten her mit ausserordentlicher Schnelligkeit ein. Es ist begreiflich, dass unter diesen Umständen das Blut vorzüglich aus dem unter der Arterienwunde liegenden Theile des Gefässes emporsteigt, da die Anastomosen, der Peripherie zu, immer zahlreicher werden.

Nachblutungen nach entfernten Unterbindungen kommen deshalb vorzüglich aus dem untern Ende.

Mit welcher Schnelligkeit dies zu geschehen vermag, sieht man schon bei der Unterbindung der Brachialis, wenn sie bei einer unglücklichen Aderlässe verletzt wurde. Wenn man hier das Gefäss freigelegt hat, die verletzte Stelle vor sich sieht und nun das Gefäss oberhalb derselben unterbindet, so spritzt das Blut meistens sogleich mit derselben Lebhaftigkeit von unten kommend aus dem Loche wie vorher, wo es seinen natürlichen Lauf nahm. An der Carotis eines Pferdes sah ich dasselbe; nachdem eine Ligatur um das Gefäss gelegt und über derselben ein Loch in die Arterie geschnitten war, spritzte sogleich das Blut mit der grössten Heftigkeit hervor. So verdriesslich für den Chirurgen diese Einrichtung auch sein mag, so nützlich ist sie doch ohne Zweifel und gewiss findet, je nach den verschiedenen Körperstellungen, ein steter Wechsel in den Circulationsverhältnissen Statt, indem das in einem Canal durch Druck zurückgehaltene Blut sich eine andere Bahn sucht.

Man hat in dieser Beziehung Unterschiede unter den einzelnen Körpertheilen zu machen gesucht, die aber, nach meiner Ansicht, noch nicht gehörig constatirt sind. Offenbar muss am Kopfe und Halse, wo die paarigen Arterien mit einander anastomosiren, die Neigung zur anastomotischen Nachblutung grösser sein als an einer Extremität, wo nur die ihr eigenthümlichen Gefässe in Betracht kommen und nicht die paarigen. Wenn man den Arm in dieser Beziehung für gefährlicher hielt als den Unterschenkel, so kam das wohl nur daher,

dass man es bei jenem so oft mit Arterienstichwunden bei unglücklichen Aderlässen zu thun hatte.

Ausser der Gefahr der Wiederkehr der Blutung durch die Anastomosen ist von der entfernten Unterbindung auch die Möglichkeit des Absterbens des betreffenden Theils zu besorgen. Diese Gefahr ist nicht gross, so lange mit Ausnahme der Unterbindung eines Hauptgefässes keine anderweitigen Hindernisse für die Circulation des Blutes in dem Gliede vorhanden sind. Diese Hindernisse können bestehen:

1) in gleichzeitiger Verletzung der Hauptvene, deshalb betrachtet man z. B. die gleichzeitige Verletzung der Art. und Ven. cruralis als eine Indication zur Amputation. Ob diese jedoch stattfindet oder so bedeutend ist, dass sie keine Hoffnung gestattet, die Vene könne noch Blut durchlassen und wieder zuheilen, ist bei Flintenschusswunden nicht eher zu ermitteln, bis man die verletzte Stelle frei präparirt hat, wodurch dann allerdings die Gefahr für die Vene sehr erhöht wird. Es entsteht hier also die Frage, ob man unter solchen Umständen besser thue die Arterie höher zu unterbinden, um die etwa gleichzeitig verletzte Vene nicht zu entblössen? In einem Falle dieser Art, den ich früher erzählte, habe ich mich für letzteres entschieden, aber der Fall verlief durch eine zweite Blutung tödtlich, die Vene war nicht verletzt und ich könnte es bedauern, nicht an der verletzten Stelle selbst das Gefäss freigelegt zu haben, obgleich diese gerade für die Unterbindung nicht sehr bequem war, wo die Femoralis durch die Sehnenscheide der Adductoren geht. Je näher dem Rumpfe eine gleichzeitige Verletzung der Hauptarterie

und Vene stattfindet, desto grösser muss die Gefahr des Absterbens der Extremität werden.

2) Die nach Unterbindung des Hauptstammes die Circulation vermittelnden Nebengefässe sind ebenfalls verletzt oder sonst gehindert den erforderlichen Blutstrom aufzunehmen. Auf diese Art sah ich einen Vorderarm brandig werden bei einem Officier, dem die Resection des Ellenbogengelenks gemacht war. Bei der Operation war es aufgefallen, dass bei der Durchschneidung der weichen Theile an der hintern Seite des Ellenbogengelenks die Arterien ungewöhnlich stark spritzten, was nur daher kam, dass die Brachialis durch den Schuss, welcher das Ellenbogengelenk zertrümmerte, unwegsam geworden war, so dass die an der hintern Seite des Ellenbogengelenks liegenden Gefässe die Blutzufuhr übernommen hatten. Man hatte in diesem Falle nicht vorher den Puls der Radialis untersucht. Erst nach der Operation wurde bemerkt, dass sie nicht schlug. In einem ähnlichen Falle liess ich, statt der Resection des Ellenbogengelenks, sogleich die Amputation des Oberarms machen. Ein Schleswig-Holsteiner, welcher am 24. April 1849 einen Schuss quer unter dem Ellenbogengelenk an der Flexorenseite bekommen und anfangs keine schlimmen Zufälle gehabt hatte, bekam am 31sten eine heftige, arterielle Blutung. Ich überzeugte mich durch Eingehen mit dem Finger, dass der Processus coronoideus ulnae von der Kugel zertrümmert sei und schloss daraus die Nothwendigkeit der Amputation, da die gleichzeitige Unterbindung der Brachialis, oder ihrer Aeste und die Durchschneidung der weichen Theile an der hintern Seite des Ellenbogengelenks, wie die Resec-

tion des Gelenks sie erfordert hätte, den Brand des Vorderarms herbeigeführt haben würde. Bei der Untersuchung des amputirten Arms zeigte es sich, dass die Art. uln. und radial. dicht an ihrem Ursprunge abgeschossen waren.

3) Das Glied, dessen Hauptgefäss unterbunden werden muss, befindet sich im Zustande lebhafter phlegmonöser Entzündung. Hier lehrt die Erfahrung, dass unter Mitwirkung der entzündlichen Stase in den Capillargefässen, die Extremität brandig wird. Dieser Fall kam im Jahre 1849 einmal vor, nachdem ein geschickter junger Operateur mit grosser Mühe in dem entzündeten Oberarme die Brachialis unterbunden hatte, um eine Blutung aus dem Wundcanale zu unterdrücken, anstatt die Amputation vorzunehmen. Es ist übrigens nicht zu verschweigen, dass unter solchen Umständen verrichtet, die Amputation auch leicht einen tödtlichen Ausgang nimmt, wie ich dies zweimal gesehen habe, einmal nach Amputation des Vorderarms wegen Zerschmetterung des Carpus und Blutung der verletzten Radialis am rechten Handgelenk und einmal nach Amputation des Oberarms, wegen Schussfractur des Radius in der Nähe des Ellenbogengelenks, mit heftiger arterieller Blutung am sechsten Tage. Hier war die Anschwellung des Vorderarms so bedeutend, dass ich von der Unterbindung der Brachialis, welche bei der Unsicherheit über das verletzte Gefäss allein hätte geschehen können, den Brand fürchtete. Beide Patienten starben an Pyämie, die ja bei solchen später, in ungünstigem Augenblicke hoher Wundentzündung vorgenommenen, Amputationen so häufig ist.

4) Die blutige oder seröse Infiltration des Gliedes,

dessen Hauptarterie verletzt wurde, ist bedeutend; auch hier ist von der hohen Unterbindung Brand zu befürchten, denn Infiltration deutet auf Venenstase.

5) Das Glied ist durch Nervenverletzung paralytisch. Auch hier bringt die Unterbindung des Hauptarterienstammes gewöhnlich Brand hervor.

In allen diesen Fällen ist die Unterbindung des Stammes an einer höhern Stelle, als der der Verletzung, mit mehr Gefahr des Brandes verbunden als die unmittelbare Unterbindung, oberhalb und unterhalb der verletzten Stelle. Die Stillung der Blutung ist Indicatio vitalis, sie muss unter allen Umständen vorgenommen werden, entweder an Ort und Stelle oder höher, oder mit Hülfe der Amputation. Gestatten die Umstände die Erhaltung des Gliedes, oder ist die Gefahr der Amputation, ihres ungünstigen Zeitpunktes wegen, (da die secundären Hämorrhagien am häufigsten zwischen dem fünften und achten Tage vorkommen, wo der Zeitpunkt zum Amputiren grosser Gliedmassen sehr übel gewählt sein würde), grösser als die muthmassliche des Brandes, so ist die unmittelbare Unterbindung der entfernten jedes Mal vorzuziehen.

Auch gegen die unmittelbare Unterbindung lassen sich erhebliche Einwendungen machen.

1) Sie ist sehr oft nicht thunlich, weil man nicht weiss, welches Gefäss aufgesucht werden müsse, wie dies bei Schüssen und Stichen durch den Unterschenkel in der Nähe der Kniekehle und des Vorderarms an seiner Volarseite nicht selten vorkommt.

2) Sie ist schwer auszuführen, weil die betreffenden

Theile durch Verletzung, Blutinfiltration oder Entzündung sehr wesentlich verändert sind.

3) Die Fäden, welche an einer bereits entzündeten Stelle um die Arterie gelegt werden, bringen keine adhäsive Entzündung hervor, sondern Eiterung und es erfolgt Nachblutung.

Unter diesen Einwänden gegen die unmittelbare Unterbindung ist nur der erste von grosser Erheblichkeit und kann, ehe man zur Amputation schreitet, den Versuch rechtfertigen, durch Unterbindung des Hauptstammes nicht bloss das Leben, sondern auch das Glied zu retten.

Der zweite Einwand, die Schwierigkeit der Ausführung, darf nicht in Betracht kommen; der geschickte Wundarzt muss es lernen, auch in mannichfaltig veränderten Theilen das blutende Gefäss aufzufinden, wobei er jedoch nicht darauf zu rechnen hat eine Operation zu verrichten, wie er sie am Cadaver eingeübt hat. Einer der grössten Operateurs der neueren Zeit, Liston, spricht sich über solche Operationen auf ähnliche, sehr eindringliche Weise aus.

Der dritte Einwand des Durcheiterns der Arterie und daraus entstehender Blutung ist nicht abzuweisen, aber auch nicht zu hoch anzuschlagen. In manchen Fällen gelingt es doch, durch den anhaltenden Gebrauch von kalten Umschlägen oder Bleiwasser-Umschlägen, den Entzündungsprocess in der Wunde so in Schranken zu halten, dass das unterbundene Gefäss sich dauernd verschliesst. Erfolgt aber dennoch eine neue Blutung aus der unterbundenen Stelle, so kann man unter weit besseren Auspicien alsdann die entfernte Unterbindung vornehmen; da man unter diesen Umständen nicht von

der Blutung überrascht zu werden braucht, sondern den Patienten genau bewachen lassen kann, so ist das Unglück nicht so gross. Ich habe diesen Vorgang zweimal erlebt, zuerst bei einem traumatischen Aneurysma der Femoralis im untern Drittheil, durch einen Messerstich entstanden. Der Patient kam einige Wochen nach erhaltener Verletzung in meine Behandlung. Die äussere Wunde war zugeheilt, es hatte sich jedoch ein Aneurysma von der Grösse eines Kindskopfs entwickelt. Ich unterband die Femoralis in der Mitte des Oberschenkels. Die Pulsation hörte auf und die Geschwulst zertheilte sich vollständig, so dass der Patient, 6 Wochen nach der Operation, nicht mehr im Spitale zurückzuhalten war. Da er ein Schuhmacher war, so warnte ich ihn vor der baldigen Wiederaufnahme seiner Arbeiten, weil die Schuhmacher ihre Beine dabei vielfach insultiren. Nach 2 Monaten kam er wieder in meine Klinik, die Narbe der Stichwunde war aufgebrochen, hatte vor 4 Tagen heftig geblutet und entleerte jetzt Eiter mit Blutcoagulis untermischt. Die Geschwulst hatte wieder ihre frühere Grösse und war heiss und theilweise geröthet. Unter diesen Umständen hielt ich es für das sicherste, zunächst den Sack zu spalten, die Coagula herauszunehmen und das Gefäss an Ort und Stelle zu unterbinden, obgleich ich darauf gefasst sein musste, dass, bei dem entzündeten Zustande des Aneurysmas, die Ligaturen durchschneiden würden. Die Unterbindung der Arterie über und unter der Wunde derselben, nach Aufschneiden des Sackes, bot keine Schwierigkeiten dar, die Femoralis war zur Hälfte ihres Kalibers durchschnitten, der Sack reinigte sich sehr schnell und füllte sich mit

guten Granulationen. Am achten Tage erfolgte aber die erwartete, arterielle Nachblutung und so unterband ich Abends 10 Uhr die Femoralis, dicht unter dem Poupart'schen Bande. Die Heilung ging jetzt ohne Schwierigkeiten von Statten und der Patient erhielt den vollen Gebrauch seiner Extremität wieder. Ich habe ihn dem Naturforschervereine in Erlangen vorgestellt.

Einen ähnlichen Fall erlebte ich in Freiburg an einer bei einer unglücklichen Aderlässe verletzten Brachialis sinistra. Drei Wochen lang hatte der ungeschickte Operateur Compressionsversuche gemacht und es nach oft wiederholten Blutungen so weit gebracht, dass ein grosses Hautstück brandig und der ganze Arm entzündet war. Auch in diesem Falle hielt ich es zunächst für das sicherste, am Orte der Verletzung zu unterbinden, obgleich hier die Aussicht für definitive Schliessung des Gefässes noch geringer war, wie in dem vorhergehenden Falle, besonders wegen der weiter entwickelten Entzündung und des Brandes der Haut.

Auch hier trat am achten Tage die erwartete Nachblutung ein und ich unterband die Brachialis am Oberarme, ebenfalls bei Nacht. Dieser Patient wohnte zwei Meilen von Freiburg, war aber gut bewacht. Ich fragte den unglücklichen Aderlasser, ob er sich nicht lieber in einer andern Gegend niederlassen wollte. Er erwiederte aber, dass er durch diese unglückliche Geschichte so bekannt geworden sei, dass er es vorzöge zu bleiben.

In einem andern Falle von Verletzung der Brachialis, wo ebenfalls ein Theil der Haut durch Compressionsversuche zerstört war, wo die Entzündung aber nicht so lebhaft war, gelang es mir, mit Bleiwasser-

Umschlägen, die Heilung ohne Störung herbeizuführen, nachdem ich die verletzte Arterie freigelegt und über und unter der verletzten Stelle unterbunden hatte. Mein unvergesslicher Freund, Aston Key, mit dem ich im Jahre 1848 eine Conversation über diesen Gegenstand hatte, war in Bezug auf die Zweckmässigkeit der directen Unterbindung bei entzündeten, traumatischen Aneurysmen, mit der Aussicht auf spätere entfernte Unterbindung, ganz meiner Ansicht. Ich zweifle nicht daran, dass dieselbe mit der Zeit allgemein angenommen werden wird, da es offenbar ist, dass die entfernte Unterbindung eher zum Ziele führen wird, wenn durch die locale Unterbindung der Zustand der Wunde wieder so verbessert ist, dass dieselbe sich gereinigt und mit guten Granulationen angefüllt hat, was bekanntlich am schnellsten durch einen freien Einschnitt und Entleerung der Blutcoagula geschieht. Dieffenbach, in seiner operativen Chirurgie vol. I. pag. 167 und folgenden, spricht sich für dieselben Grundsätze aus, sagt aber pag. 171, dass die Erfolge derselben bei dem Zustande, der in der Civilpraxis am meisten in Betracht kommt, dem traumatischen Aneurysma, nach unglücklichen Aderlässen, keineswegs sehr günstig gewesen seien, indem wenigstens der vierte Theil seiner Operirten gestorben sei. Diese Angabe schien mir die Aufforderung zu enthalten, den Ursachen dieser Todesfälle, soweit sie in der Behandlung liegen können, nachzuforschen. Es scheint mir, dass sie, abgesehen von den Antecedentien der unglücklich ausgefallenen Operationen dieser Art, über welche uns nichts mitgetheilt wird, in der Nachbehandlung zu suchen sind, welche von der meinigen wesent-

lich abweicht. Dieffenbach füllt die Operationswunde mit Charpie aus, zieht sie mit Heftpflaster leicht zusammen, legt darüber eine Binde, lässt dann den Arm rechtwinklig gebogen in eine Mitella legen und streckt später den Arm allmählig. Ich bedecke die Wunde mit einem feuchten, feinen, leinenen Läppchen, um sie dem Einflusse der Luft zu entziehen und lasse darüber feuchte Umschläge machen, anfangs kalte, später warme; der Arm wird auf einer im stumpfen Winkel gebogenen Schiene und Kissen, neben dem Kranken, etwas erhöht liegend, placirt. Hierin liegt ein wesentlicher Unterschied. Die ausgestreckte Lage des Arms erleichtert den Rückfluss des Blutes nicht minder, wie die erhöhte Lage, während Dieffenbach durch Charpie, Heftpflaster, Binde, rechtwinklige Stellung und abhängige Lage alles gethan hat um den Rückfluss zu erschweren, der ohnehin durch die Operation schon erschwert werden konnte; wenn etwa eine der oberflächlichen Venen dabei getrennt werden musste, so wird nicht viel dazu gehören, um durch Ausstopfen mit Charpie, Druckverband und rechtwinklige Stellung die Circulation in den Venae comites arteriae brachialis aufzuheben, besonders wenn diese, bei entzündetem Aneurysma, mit in dem Entzündungsheerde liegen. Es darf daher kein Mittel unbenutzt gelassen werden, den Rückfluss des Blutes zu erleichtern. Dieses erreicht man durch leichte Bedeckung, Vermeidung jeden Drucks durch Flexion des Arms und Verbandstücke und durch erhöhte Lage. Dieser Gegenstand ist von so hoher practischer Wichtigkeit, nicht bloss für die Erhaltung von Menschenleben, sondern für die Ehre und Wohlfahrt des unglücklichen Aderlassers, dass

ich nicht unterlassen durfte, die Lehren meines berühmten, leider so früh verstorbenen, Freundes zu kritisiren.

Practische Regeln.

1) Bei allen Wunden, die an Stellen vorkommen, wo grosse Gefässe liegen, suche man sich indirect von ihrer Integrität zu überzeugen, wenn nicht durch die Blutung bereits deren Verletzung dargethan ist. Dies geschieht durch Aufmerksamkeit auf den Grad der blutigen Infiltration in der Nähe der Verletzung, durch Nachforschung über ungewöhnliche Pulsation der, an der verwundeten Stelle etwa vorhandenen, Anschwellung und durch Untersuchung des Pulses an den verschiedenen Stellen unter der Verletzung, welche dazu geeignet sind.

2) In allen Fällen, wo die Möglichkeit einer Verletzung grosser Gefässe stattfindet, auch ohne dass diese durch sichere Zeichen constatirt ist, verfahre man prophylaktisch eben so, als läge eine solche Verletzung vor. Diese Prophylaxis bestehe aber nicht in Tourniquet und Compression, sondern in Ruhe, erhöhter Lage und passender Antiphlogose.

3) Verletzungen grösserer Venen erfordern die Schliessung der Wunde, bei Schnitt- und Stichwunden durch die Nath, bei Schusswunden durch eine oberflächliche, leichte Compression, wie sie durch feuchte Compressen am besten ausgeübt wird. Patienten dieser Art müssen dem Einflusse des pyämischen Miasmas entzogen werden. Durch passendes Verfahren muss man den Eiterungsprocess der Wunde, so viel wie möglich, abzukürzen suchen, weil die Gefahr dieser Zustände in der Oblitteration des Venenrohres zwischen der verletz-

ten Stelle und dem Herzen besteht. Oertliche Schädlichkeiten und Pyämie begünstigen vorzüglich diesen Process. Vor allem hüte man sich, solche Wunden durch örtliche Eingriffe, Sondiren, Ausziehen von Splittern etc. zu beunruhigen.

4) Bei Verletzungen der Arterien sind Stich- und Schnittwunden wohl zu unterscheiden von Schusswunden.

5) Schnitt- und Stichwunden grösserer Arterien indiciren im Allgemeinen immer directe Unterbindung über und unter der verletzten Stelle.

6) Auch bei Schusswunden der Arterien ist die directe Unterbindung des verletzten Gefässes der indirecten vorzuziehen, wenn die verletzte Stelle bekannt ist und wenn nicht Nebenumstände das Einschneiden auf die verletzte Stelle verbieten.

7) Entzündliche Anschwellung und selbst Eiterung der Wunde, in welcher das verletzte Gefäss liegt, verbieten nicht dasselbe frei zu legen und zu unterbinden. Man muss sich indess, unter solchen Umständen, auf Nachblutung gefasst machen, wenn die dauernde Verschliessung des verletzten Gefässes ausbleibt und alsdann die indirecte Unterbindung vornehmen.

8) Schon nach der ersten ernsthaften Blutung, welche auf dem Schlachtfelde stattgefunden hat, unweigerlich aber nach der zweiten, soll man die erforderliche Unterbindung vornehmen. Jede neue Blutung vermindert die Aussicht auf Lebensrettung, abgesehen von den Gefahren der Verblutung, erhöht der Blutverlust die Neigung zu Pyämie und andren gefährlichen Complicationen. Ausserdem operirt man mit grösserer Ruhe und Sicherheit, während die Blutung gerade aufgehört

hat, als wenn man auf deren Erneuerung wartet. Eine merkwürdige Aufregung des Gefässsystems macht sich oft während der Blutung bemerklich, welche sofort aufhört, wenn die Unterbindung gelungen ist. Diese Aufregung giebt sich durch Dilatation sämmtlicher Arterien zu erkennen und erschwert deshalb die zur Ausführung der Operation erforderliche temporäre Unterbrechung des Kreislaufs in dem betreffenden Gliede, so dass die Compression des Hauptstammes nicht genügt, sondern ein Tourniquet angelegt werden muss, welches noch die Collateralgefässe comprimirt. Diesen Nachtheilen entgeht man durch sofortiges Operiren, ohne auf Wiederkehr der Blutung zu warten.

9) Die indirecte entfernte Unterbindung beschränke man auf Fälle, in denen das verletzte Gefäss überall nicht freigelegt werden, oder nicht mit Sicherheit ermittelt werden kann.

10) Die indirecte Unterbindung muss zuweilen als Voract der directen verrichtet werden, wenn man der fortdauernden Blutung wegen zunächst die blutende Stelle comprimiren muss, weil man zwischen dieser und dem Herzen nicht mit Erfolg comprimiren kann. Diesen Fall habe ich zweimal gesehen, einmal in Erlangen bei einer Stichwunde an der Bifurcation der rechten Carotis, wo es, eines Kropfes und kurzen Halses wegen, unmöglich war die Arterie zwischen der verletzten Stelle und dem Herzen zu comprimiren. Ich wurde des Abends um 10 Uhr in die Klinik gerufen, wo so eben ein Mann eingebracht war, der in einem Wirthshausstreite einen Stich in den Hals bekommen hatte. Die Wunde lag an der Innenseite des Kopfnickers, in der Höhe des Kehlkopfs.

Ein starker Blutstrahl war weit daraus hervorgespritzt, aber durch directe Compression beherrscht worden. Der Mann sass bereits auf dem Operationstische. Da die Stelle der Wunde und die Stärke des Blutstrahls auf Verletzung der Carotis schliessen liessen, wollte ich nicht säumen sie zu unterbinden. Es zeigten sich aber unerwartete Schwierigkeiten. Als ich den aufrecht sitzenden Patienten sich niederlegen liess, fing er an heftig zu brechen und leerte grosse Massen Bier und Schnaps aus, und musste aufrecht sitzen, um nicht wieder von neuem zu brechen. Ich hoffte, dass dies bald vorüber gehen würde und versuchte, von Zeit zu Zeit wieder, ihn niederzulegen. Aber immer kehrten die Vomiturition wieder, wobei die Compression der Wunde nicht immer im Stande war das Blut zurückzuhalten. Erst um 5 Uhr Morgens vertrug er eine mehr horizontale Lage, wie sie für die Unterbindung der Carotis erforderlich ist. Ich hatte mich schon vorher überzeugt, dass bei dem kurzen vollen Halse des Verletzten die Compression zwischen der Wunde und dem Herzen den Blutstrom nicht unterbreche, sondern nur die directe Compression der Wunde. Ich war deshalb gezwungen, zunächst unter der Wunde die Carotis freizulegen. Ich wählte dazu die Innenseite des Kopfnickers. Wegen der ganz in der Nähe ausgeübten Compression des Gefässes, wobei dasselbe gegen die Wirbelsäule angedrückt ward, war die Freilegung des mit extravasirtem Blute umgebenen Gefässes sehr schwierig. Es gelang mir indess die Scheide des Gefässes glücklich zu öffnen. Als ich jedoch die Aneurysmanadel unter dem Gefässe durchführte, drang mir ein starker Blutstrom entgegen, welcher

dem Leben ein Ende machte. Die Section gab über die verschiedenen Schwierigkeiten Aufschluss. Die Carotis war an ihrer Bifurcation getroffen und von oben nach unten durchstochen worden. Die innere Stichwunde derselben lag $^1/_2$ Zoll tiefer als die äussere, deshalb war mir beim Aufheben des Gefässes mit der Nadel der Blutstrom aus der hintern Ausgangsöffnung entgegengedrungen. Die Blutinfiltration ging längs der Gefässe zum Herzen hinab. Die Schilddrüse war sehr vergrössert. Ueber die Ursache des anhaltenden Erbrechens fand sich ein unerwarteter Aufschluss; es zeigte sich nämlich, dass der Verletzte, ausser dem Stiche in den Hals, noch einen Stich in den Kopf hatte, welcher die äussere Tafel des rechten Seitenwandbeins durchdringend, einen feinen Splitter der innern Tafel von etwa 4 Linien Länge abgesprengt hatte, der die Dura mater durchbohrt hatte und rechtwinklig gegen das Gehirn gerichtet war. Dieser Stich war äusserlich gar nicht zu bemerken gewesen und von dem Verwundeten gänzlich unbeachtet geblieben. Im Sitzen hatte dieser Splitter vermuthlich das Gehirn weniger gereizt als im Liegen.

Ich bedauerte später, nicht die Unterbindung der Carotis zuerst zwischen den beiden Portionen des Kopfnickers dicht über dem Schlüsselbeine unternommen zu haben, anstatt der Stelle an der Innenseite des Kopfnickers den Vorzug zu geben, wobei ich allerdings von dem Gedanken geleitet wurde, dass ich, nach vorläufiger Unterbindung, leicht die verwundete Stelle selbst hätte frei präpariren können. Dieser Fall giebt eine gute Vorstellung von den Schwierigkeiten, welche sich bei Vorfällen der Art für den Chirurgen ergeben können.

Prof. Schwörer in Freiburg erzählte mir einen Fall, in welchem er die Section gemacht hatte, wo bei einem Stiche in die linke Seite des Halses die rechte Carotis verletzt war.

Der zweite Fall in welchem die präliminäre entfernte Unterbindung des Hauptstammes nöthig war, sah ich im Jahre 1845 in Berlin in der Klinik von Prof. Jüngken. Ein Tischler hatte sich durch Unvorsichtigkeit mit einem scharfen kleinen Meissel die rechte Femoralis dicht unter dem Poupart'schen Bande verletzt. Fünf Tage lang hatte man durch Compression mit einem Backsteine der Blutung nothdürftig Einhalt gethan, aber die Wunde war dabei in Verjauchung übergegangen. Es zeigte sich, dass durch Compression über der Wunde der Blutung auf keine Weise Einhalt gethan werden konnte. Prof. Jüngken entschloss sich deshalb zunächst die Iliaca externa zu unterbinden und nachdem dadurch der Blutstrom gehemmt worden war, konnte das Loch in der Femoralis frei präparirt, die Arterie oberhalb und unterhalb desselben unterbunden werden. Prof. Jüngken, einst mein verehrter Lehrer, benahm sich bei diesem schwierigen Falle mit solcher Kaltblütigkeit und Geschicklichkeit, dass man bedauern musste, dass er nicht früher zu Rathe gezogen sei, denn der Fall endete durch Pyämie tödtlich.

11) Es ist eine Gewissenssache für den Wundarzt, keinen Verwundeten zu Tode bluten zu lassen, wenn er dies verhindern kann; deshalb muss bei bedeutenden, parenchymatösen oder phlebostatischen Blutungen die Unterbindung des Hauptstammes vorgenommen werden. Der Tod durch Verblutung ist ein sicherer, dieser muss abgewendet

werden, und wird nach unseren Erfahrungen durch Unterbindung des Hauptstammes vermieden, obgleich wir nicht das Glück gehabt haben, ein einziges Leben dadurch zu retten, wenn der Blutung ein pyämischer Frostanfall vorhergegangen war. 7 Unterbindungen dieser Art an der Femoralis, 3 der Subclavia über und 1 unter dem Schlüsselbein, so wie eine der Carotis geben Zeugniss von der Unerschrockenheit, mit welcher unter meiner Leitung die Schleswig-Holsteinischen Aerzte den Tod abzuwenden gesucht haben.

Operative Cautelen.

Die Aufsuchung der Schlagadern wird jetzt so allgemein geübt, dass es mir nicht einfallen kann, hier eine Abhandlung darüber einzuschalten, die man in vielen guten Büchern finden kann. Ich will nur einige Puncte erwähnen, welche mir weniger bekannt und nicht hinreichend gewürdigt zu sein scheinen.

Zunächst die vortreffliche Methode Bernhard Langenbecks, die Schlagadern frei zu legen, indem man sich, nach dem ersten Einschnitte durch Haut und Fascie, zum Weiterpräpariren zweier Pincetten bedient. Der Operateur fasst mit der einen den Zellstoff an der geeigneten Stelle, der Assistent fasst dicht daneben und beide heben nun das gefasste in eine Falte auf, welche mit dem Messer durchschnitten wird. Auf diese Art kann auch die Scheide des Gefässes sicher und in hinreichendem Umfange geöffnet werden, ohne sich eines stumpfen Werkzeugs, wie die Hohlsonde oder des silbernen Bistouris, dieser Eselsbrücke für ängstliche und ungeschickte Operateurs, wie Liston es nennt, zu

bedienen. Von jeher schien mir die aus den Concursen der französischen Chirurgen, wobei es sich darum handelt, die grösste Schnelligkeit in der Ausführung der Operation zu zeigen, entsprungene Methode, indem man nach den ersten Schnitten durch Haut und Fascien das Ganze mit der Hohlsonde abmacht, im hohen Grade verderblich, wegen der dabei unvermeidlichen Quetschung von Theilen, denen man nachher zumuthet, durch erste Intention zu verheilen.

Diese miserable Methode wird in Paris jetzt in Silber gearbeitet feilgeboten, man bringt die Aneurysmennadel gleich an der Hohlsonde an.

Ein geübter Operateur kann das Arbeiten mit 2 Pincetten entbehren, wird es aber sehr bequem finden und kann sich bei jedem Bruchschnitte von dessen Vortheilen überzeugen.

Eine zweite Cautel betrifft, beim Operiren am Lebenden, das öftere Fühlen nach der Pulsation der Arterie, von der geleitet man, beim Aufsuchen derselben in der Continuität, direct auf ihrer Axe einschneiden kann, ohne eine Linie zu weit nach der einen oder andern Seite abzuweichen, was für die glückliche und leichte Beendigung der Operation und deren Erfolg von Wichtigkeit ist. Oeffnet man die eigentliche Scheide des Gefässes direct über ihrer hervorragendsten Convexität, so dringt man am leichtesten mit der Nadel durch den dieselbe umgebenden, lockern Zellstoff. Durchaus fehlerhaft ist der von Vielen gegebene Rath, die Scheide mehr seitwärts zu öffnen, dies kann nie mit Sicherheit und Genauigkeit geschehen.

Eine dritte Cautel betrifft eine von Dieffenbach

empfohlene Methode, das freigelegte Gefäss von seiner Zellgewebsschicht zu isoliren. Er empfiehlt den bei dre Schieloperation von ihm benutzten stumpfen Haken um die freigelegte Arterie damit ein wenig aufzuheben. Da ich den Schielhaken nicht mit in das Feld genommen hatte, so nahm ich statt dessen eine silberne Sonde, mit dem Myrthenblatt als Handgriff, und bog diese an ihrem geknöpften Ende ungefähr wie den Schielhaken. Dieses Instrument lässt sich mit grösserer Schonung als irgend ein anderes in die Scheide der Arterie und um dieselbe herumführen, wo es der Nadel, welche den Faden trägt, den Weg bahnt. Es ist durchaus nicht nothwendig das Gefäss damit hoch aufzuheben, sondern es dient mehr als Director für die Nadel. Liston hat wohl ganz recht, wenn er sagt, dass es sehr unzweckmässig sein würde, freigelegte Arterien so aufzuheben, wie man dies in Operationslehren abgebildet sieht. Wer sich einmal dieser Methode bedient hat, wird sich schwerlich je wieder einer andern bedienen, wegen der grossen Schonung, die man dabei dem Zellstoffe angedeihen lassen kann.

Im Jahre 1849 kam ein Fall vor, welcher den Beweis lieferte, welch eine nützliche Warnung die gebogene Sonde gewähren kann. Bei einer Unterbindung der Art. femoralis, dicht unter dem Lig. Poupartii, wollte der Operateur, nach Eröffnung der Scheide, die gebogene Sonde unter der Arterie durchführen. Da dieses nicht mit Leichtigkeit gelang, machte er, anstatt an einer andern Stelle den Durchgang zu versuchen, mit der Hohlsonde Luft nach der nichtswürdigen französischen Methode und zerriss dabei die Profunda femoris, wo-

durch die Operation, anstatt einer sehr leichten und einfachen, eine sehr schwierige, mit grossem Blutverluste verbundene war, welche schliesslich den Tod des Patienten zur Folge hatte.

Eine vierte Cautel ist von der grössten Wichtigkeit, wenn man genöthigt ist, sich eines Tourniquets zu bedienen, um während der Freilegung einer zu unterbindenden verletzten Arterie den Blutstrom zu beherrschen. Sie besteht darin, dass man, vor Anlegung des Tourniquets, das ganze betreffende Glied von unten nach oben fest einwickelt, um das Regurgitiren einer grössern, durch das Tourniquet abzusperrenden Blutmenge zu vermeiden. Auf diese, für jede Unterbindung einer verletzten Arterie der Extremitäten sehr nützliche Methode bin ich auf folgende Weise geleitet worden. Ich bemerkte bei meinen Operationen traumatischer Aneurysmen der Brachialis, nach unglücklichen Aderlässen, dass die Compression des Hauptstammes nicht immer hinreiche, den Blutstrom ganz zu beherrschen, allem Anscheine nach, weil in solchen Fällen durch gemüthliche Aufregung des Gefässsystems oder vorhandene Entzündung der verletzten Parthie, die Collateralgefässe erweitert sind. Dies kam mir zuerst vor in einem Falle in Erlangen, wo mein geschickter Freund, Prof. Dietz von Nürnberg, mir assistirte und die Brachialis comprimirte. Legt man unter solchen Umständen ein Tourniquet an, so wird man in einzelnen Fällen durch eine hervorquellende Masse dunklen Blutes im Operiren gestört. Ich hielt dies dunkle Blut für Venenblut, habe mich aber im Sommer 1853, bei einer Operation dieser Art überzeugt, dass es aus dem Loche in der Arterie her-

vorquelle und nichts anderes sein könne als das, von den Capillaren zurückkehrende, arterielle Blut, welches durch eine kurze Absperrung seine arterielle Röthe verliere. Ich hatte in dem berührten Falle, bei einen 50jährigen, sehr gesunden Manne, der ein Entenei grosses, dem Platzen nahes Brachial-Aneurysma, an dem rechten Arme hatte, gewitzigt durch frühere Erfahrungen, die Vorsicht gebraucht, den Vorderarm bis zum Aneurysma hinauf genau einzuwickeln. Alsdann wurde das Tourniquet dicht über dem Aneurysma am Oberarm angelegt und zugeschroben; der zwischen diesem und der Einwicklung frei liegende Theil des Arms bekam wie gewöhnlich ein blaues Colorit. Nach dem Aufschneiden des aneurysmatischen Sackes lag alsbald die sehr grosse, verletzte Brachialis sehr deutlich vor Augen, nachdem auch hier, aber in sehr beschränktem Maasse, ein Strom dunklen Blutes die Wunde überschwemmt hatte; man konnte in diesem Falle, wo beim Spalten des Sackes keine grosse Vene verletzt war, deutlich sehen, dass das dunkle Blut aus dem Loche in der Arterie kam. Sobald dieser dunkle Blutstrom aufhörte, nahm die Haut der nicht eingewickelten Parthie unterhalb des Tourniquets ihre natürliche Farbe wieder an. Es hatte sich also aus dem Loche in der Brachialis das bis zu den Capillaren gedrungene, durch Absperrung carbonisirte Arterienblut ziemlich vollständig entleert.

Da diese Beobachtung neu und physiologisch wichtig ist, so bemerke ich, dass, ausser Dr. Fr. Esmarch, auch Prof. Panum bei dieser Operation zugegen war und der letztere nachher bei Thieren einige Experimente angestellt hat, um zu ermitteln, wie schnell abgesperrtes

arterielles Blut eine dunkle Farbe annimmt. Das Resultat dieser Versuche ist mir jedoch noch nicht bekannt. Für den Chirurgen resultirt aus meiner Beobachtung die wichtige Lehre: wenn man ein Tourniquet angelegt hat, vielleicht auch bei gewissen Fällen von Compression durch Fingerdruck, soll man nicht alles dunkle Blut, welches aus der Wunde quillt, für venöses halten, sondern daran denken, dass dasselbe aus der freizulegenden, verletzten Arterie durch Regurgitation hervorquellen könne. Um die Masse dieses regurgitirenden Blutes zu vermindern, giebt es nur zwei Mittel, entweder Einwicklung von unten bis zur verletzten Stelle, oder ein zweites Tourniquet unterhalb derselben. Durch diese einfachen Vorrichtungen werden alle die Schwierigkeiten gehoben, welche die Aufsuchung der verwundeten Brachialis darbietet, die denn doch selbst geschickten Operateurs so bedeutend vorgekommen sind, dass Prof. von Walther zur entfernten Unterbindung räth, die bekanntlich gar nichts hilft.

Ich kann die Versicherung geben, dass ich nie mit grösserer Bequemlichkeit eine Operation dieser Art gemacht habe, als die letzte, mit Hülfe der peripherischen Einwicklung, und empfehle dieselbe deshalb dringend, wo es sich um Zubinden eines Loches in einer grossen Pulsader handelt.

Knochenverletzungen.

Die Knochenverletzungen durch grobes Geschütz sind in der Regel so furchtbare Zertrümmerungen, dass bei ihnen die erhaltende Chirurgie, welche die genaueste Bekanntschaft der bestehenden Läsion voraussetzt, in den Hintergrund tritt und es sich nur um die Möglichkeit einer Amputation handelt. Es kommen einzelne Ausnahmen vor, welche indess zu allgemeinen Anschauungen keinen hinreichenden Anlass darbieten.

Kartätschenkugeln machen durch ihre Härte und grösseren Umfang bedeutendere Zertrümmerungen und Splitterungen als Flintenkugeln, ohne indess immer die Erhaltung des Gliedes in Frage zu stellen.

In Betreff der Flintenkugeln ist es interessant, durch Pirogoff zu erfahren, dass die kleinen kupfernen Kugeln der Tscherkessen, die nicht grösser als Rehposten sind und nur zwei Drachmen wiegen, harte Knochen eben so ausgiebig zertrümmern, als die grossen Bleikugeln der Russen, welche 2 Unzen wiegen. Sie werden aus sehr langen Feuerröhren mit starker Pulverladung geschossen. Pirogoff hat seinem Werke (Rapport medical d'un voyage en Caucase 1849) einige Abbildungen hinzugefügt, welche dies ausser Zweifel setzen. Auch Guthrie hält das etwas grössere Kaliber der englischen Gewehre, im Vergleich mit den französischen,

für unerheblich*). Man darf sich deshalb nicht wundern, wenn ich behaupte, dass man aus ihren Wirkungen auf die Knochen die runden Flinten- und Büchsenkugeln nicht von den, gewöhnlich etwas grösseren, Spitzkugeln unterscheiden könne. Mehr als auf die Form und etwas bedeutendere Grösse der Kugel kommt ohne Zweifel auf die Schnelligkeit ihres Fluges an. Eine matte Kugel plattet sich leichter ab, oder wird abgelenkt, der Kernschuss dringt durch und seine Wirkung auf den Knochen hängt von dessen Widerstandsvermögen ab. In dieser Beziehung ist kaum eine Stelle des Skelettes der andern gleich. Die Verletzungen, welche von Bleikugeln an den Knochen hervorgebracht werden, zerfallen in offenbare (Fracturen) und verborgene Continuitätsstörungen (Contusionen).

1) Knochencontusionen. Die Contusionen, welche Knochen durch Kugeln erleiden, spielen eine bei weitem grössere Rolle bei Schusswunden, als man a priori vermuthen sollte. Man könnte glauben, dass, wenn der Knochen sich stark genug erwiesen habe, um seine Form zu erhalten, nachdem er von einer Kugel getroffen worden ist, kein grosser Schaden daraus erwachsen sein könne, indem höchstens das Periost verletzt sein möge und der Fall mit einer leichten Exfoliation endigen werde. Aber das verhält sich nicht so! Jeder Knochen hat einen gewissen Grad von Elasticität, wenn er deshalb äusserlich auch wenig oder gar nicht in seiner Form gelitten hat, so sind doch im Inneren oft kleine Zertrümmerungen erfolgt,

*) Guthrie scheint übrigens nicht zu wissen, dass Wellington das grössere Kaliber für zweckmässiger hielt, um gelegentlich die eroberte Munition des Feindes benutzen zu können.

die sich vermuthlich mikroskopisch würden nachweisen lassen, die jedoch, auch ohne dieses Hülfsmittel, sich deutlich genug zu erkennen geben, durch ziemlich weit verbreitete Blutergüsse der mehr spongiösen Theile eines contundirten Knochens. Bei Amputationen und Resectionen trifft es sich oft, dass man dergleichen contundirte Stellen, in ganz frischem Zustande, zu untersuchen Gelegenheit findet, z. B., wenn man wegen Verletzung des Kniegelenks amputirt. Durchsägt man in frischem Zustande die Stelle, wo die Kugel angeschlagen hat, so trifft man schon diese, im Kreise sich ausbreitenden, Suggillationen. Nach eingetretener Entzündung sind diese Kreise ausgedehnter, nach länger dauernder oder jauchiger Eiterung ist die früher mit Blutergüssen durchsetzte Stelle der Medullar-Substanz verjaucht und die Cortical-Substanz blutleer und nekrotisch.

Dieser Ausgang tritt aber nur bei eiternden Wunden ein. War die Knochencontusion nicht mit einer offenen Wunde verbunden, so zertheilt sich offenbar das ergossene Blut und der Knochen kehrt zu seiner Integrität zurück. Diesen Fall habe ich am Sternum und am Schienbeine öfter beobachtet; die Kugel hatte, wenngleich matt, doch so heftig aufgeschlagen, dass die getroffene Hautstelle abstarb und zwar mit Bildung eines trocknen Brandschorfes, wie nach Ansetzung einer Moxa. Auch hier trennt sich, wie bei der Moxa, das runde abgestorbene Hautstück mit einer sehr zögernden, unbedeutenden Eiterung; nach seiner Abstossung heilt die Wunde, ohne dass der Knochen, welcher doch auch in diesen Fällen gewiss innere Blutergiessungen hatte, sich erkrankt gezeigt hätte. Unter ungünstigen Umständen

kann aber eine solche Contusion in der Folge chronische Ostitis zur Folge haben.

Im December 1851 consultirte mich ein junger zartgebauter Mann, der im Sommer 1849 einen Schuss an der äussern Seite des rechten Fersenbeins erhalten hatte; der Stiefel war nicht von der Kugel durchbohrt gewesen, nur die getroffene Hautstelle war etwas blutrünstig. Er blieb damals im Dienste, und wurde, weil er öfter hinkte, für einen Simulanten gehalten, endlich aber doch entlassen. Seine Beschwerden nahmen allmählich zu, bis er sich im Frühjahr 1851 legen musste. Eine Anschwellung, welche den äusseren Knöchel umgab, hatte die Aufmerksamkeit seines Arztes von der wahren Ursache seines Uebels abgelenkt, man hielt den Zustand für ein scrophulöses Fussgelenksleiden. Ich erkannte, ungeachtet der vorhandenen Geschwulst, eine sehr empfindliche und etwas hervorragende Stelle in der Mitte der Aussenseite des Calcaneus, welche genau der getroffenen Parthie entsprach. Nach Ansetzung von 12 Blutegeln verminderte sich die Geschwulst so weit, dass die Hervorragung sehr deutlich hervortrat und zwar so genau in Gestalt einer halben Büchsenkugel, dass man sich versucht fühlen konnte zu glauben, es sei eine Kugel bis auf ihre Mitte eingedrungen und eingeheilt. Dem widersprach aber der Umstand, dass der Stiefel nicht durchbohrt gewesen war. Eine zweite Application von Blutegeln und der 6wöchentliche innerliche Gebrauch des Jodkalium bewirkten ein völliges Verschwinden der Knochengeschwulst und gründliche Heilung. Es ist bemerkenswerth, dass der einzige Fall dieser Art, der mir vorgekommen ist, den Knochen

betraf, welcher die Last des ganzen Körpers zu tragen hat.

Viel ernsthafter sind die Knochencontusionen in offenen Wunden. Es ergab sich regelmässig, dass die Wunden mit sogenannten Streifungen des Knochens sehr viel langsamer heilten, sich viel lebhafter entzündeten, stärker eiterten, wenn auch sonst die Richtung des Schusscanals einen leichten Verlauf hätte erwarten lassen. Die Theilnahme des Knochens an der Verletzung und die davon abhängenden Reactionserscheinungen machten den Fall hartnäckiger. Unter günstigen äusseren Umständen beschränkt sich diese Theilnahme des Knochens auf eine subacute Ostitis, welche gewöhnlich ohne Nekrose abläuft und sich durch eine, den Knochen umgebende Geschwulst bemerkbar macht, wenn der Zustand der weichen Theile sie erkennen lässt. Viel bedenklicher ist die Sache, wenn die äussern Verhältnisse die Pyämie begünstigen; alsdann kommt es, selbst ohne bemerkbare Anschwellung des getroffenen Knochens, zu den fatalen Verjauchungen der Medullar-Substanz, mit innerer Nekrose, welche so oft den nächsten Grund zum Tode durch Pyämie abgeben und selbst wenn das Leben erhalten wird, durch innere Nekrose ein langwieriges Leiden herbeiführen.

Ein Soldat hatte im Jahre 1849 bei Colding einen Schuss durch die äusseren Weichtheile des linken Oberarms erhalten, welcher anfangs sehr unbedeutend erschien und auch später keine grosse Beschwerden machte, aber nicht heilen wollte. Ich sah den Patienten erst im September 1850. Der ganze Humerus war mit einer festen Geschwulst umgeben, einige Fistelgänge,

die nur wenig eiterten, drangen auf Sequester, deren Lösung noch nicht erfolgt war. Patient war schwach und mager und hatte grosse Neigung zu Diarrhöen. Diese nahmen später überhand und er starb nach Ablauf von 14 Wochen in Folge davon. In den Lungen fanden sich crude Tuberkeln, im Darmcanale keine Geschwüre. Fast die ganze Diaphyse des Humerus war hier durch eine leichte Contusion in offner Wunde nekrotisch geworden.

Die anatomischen Läsionen des Knochens, welche zu so üblen Ausgängen führen, sind dem Anscheine nach höchst unbedeutend. Bei Knochen mit nicht sehr fester Corticalsubstanz macht die contundirende Kugel einen kleinen Eindruck, an der harten Substanz der Diaphyse des Femur aber oft nicht den geringsten. Ich habe Kugeln aus dem Oberschenkel extrahirt, die sich am Femur bis auf den Umfang eines Thalers plattgeschlagen hatten, ohne dass der Knochen den geringsten Eindruck davon angenommen hatte.

Ich besitze ein solches Stück des Femur, an welchem sich die Stelle, wo die Kugel angeschlagen hat, durch eine anfangende Demarcationslinie markirt, wo durch Aufsaugung ein wenig von der lebend gebliebenen Corticalsubstanz entfernt worden ist. Der betreffende Patient hatte seinen Schuss bei Friedericia erhalten, die Kugel hatte das Femur von innen getroffen, war dann dicht um den Knochen nach aussen gerutscht und wurde in Hadersleben von der äusseren Seite, dicht am Knochen liegend, entfernt. Der Patient starb schon am achten Tage an acuter Pyämie, die ganze Markhöhle

des Knochens war mit Jauche infiltrirt, in den Lungen waren Abscesse.

Wenngleich in diesen schlimmen Fällen der Einfluss des pyämischen Miasmas sehr hoch angeschlagen werden muss, so sind doch auch ohne dasselbe die Zufälle bei ähnlichen Wunden oft sehr bedeutend.

Nach dem Gefechte bei Missunde extrahirte ich eine Kugel durch einen Einschnitt an der Aussenseite des linken Femur, welche von der Innenseite eingedrungen war und sich am Knochen ganz platt geschlagen hatte. Es wurden kalte Umschläge gemacht. Am folgenden Tage war der Oberschenkel stark aufgeschwollen und zeigte die bedenkliche braunrothe, gefleckte Farbe an 2 Drittheilen seines Umfanges, am meisten nach hinten, wo die Kugel unter dem Femur durchgegangen war, ganz so wie man sie bei den schlimmsten Formen der Phlegmone zu sehen pflegt. Durch 2 Aderlässen und 8tägige Anwendung von Eisbeuteln gelang es, diese heftige Reaction vollständig zu beschwichtigen und die Wunde heilte nachher wie eine einfache Fleischwunde.

Nach meiner Ansicht sollte man jede Schusswunde mit Knochenstreifung ernsthafter behandeln als blosse Schüsse der weichen Theile. Was wollen einige Blutentziehungen bedeuten gegen die Lebensgefahr, oder die langen Leiden, welche einer Knochenentzündung oder Verjauchung folgen können.

2) Die Kugel theilt sich an einem scharfen Knochenvorsprunge, z. B. an der Crista tibiae, und jedes Stück nimmt seinen besonderen Weg.

3) Die Kugel klemmt sich zwischen 2 Knochen ein, wobei sie gewöhnlich ihre Form durch

Anschlagen verändert hat und deshalb oft schwer zu entdecken ist. Dieser Fall kommt zwischen den Metacarpus- und Metatarsus-Knochen, zwischen Radius und Ulna, Tibia und Fibula, so wie zwischen den Fortsätzen der Wirbelsäule vor. Ich habe alle diese Fälle gesehen.

In der Schlacht von Idstedt erhielt ein Unterofficier einen Schuss in die Dorsal-Seite der Mitte des linken Vorderarms. Es war keine Ausgangsöffnung da, der Schusscanal führte gegen die Membrana interossea, in welcher sich ein Loch befand; man vermuthete deshalb die Kugel an der Volar-Seite, sie konnte jedoch nicht aufgefunden werden. Der Patient, welcher in der Nähe einer Thür lag, die fortwährend geöffnet werden musste, wurde vom Tetanus befallen und starb am fünften Tage. Die Kugel war, ungeachtet sie ein Loch in die Membrana interossea gerissen hatte, nach oben gedrungen und lag auf der Aussenfläche derselben, nahe am Köpfchen des Radius, in ihrer Form so verändert, dass sie keinen Vorsprung bildete, deshalb hatte man auch nicht gewagt, dort einzuschneiden, obgleich die Stelle gegen Druck so empfindlich war, wie es da zu sein pflegt, wo eine Kugel liegt.

4) Die Kugel macht einen fühlbaren Eindruck am Knochen, in der Nähe eines Gelenks. Hier muss man sich darauf gefasst machen, dass eine Spalte oder mehrere bis in das Gelenk dringen; zuweilen kann man die Spalte im Schusscanal mit dem Nagel fühlen, meisten Theils aber nicht, und erkennt sie erst an ihren späteren Folgen, denn augenblickliche Zufälle machen sie nicht immer, weder Blutergiessung im Gelenk, noch behinderte Bewegung.

Spalten dieser Art kommen besonders dann vor, wenn zwischen Diaphyse und Epiphyse eine feste knöcherne Verbindung schon eingetreten ist. Diese scheint an den unteren Extremitäten früher zu Stande zu kommen, als an den oberen, am Schultergelenk später als am Ellenbogengelenk.

Der weitere Verlauf dieser Zustände ist vermuthlich ein dreifacher:

a) Die Spalte heilt wieder zu ohne weitere Betheiligung des Gelenks, ein Fall, dessen Vorkommen ich nicht positiv beweisen kann, der mir aber aus mehreren Beobachtungen sehr wahrscheinlich ist.

b) Das Gelenk geht in ausgedehnte Vereiterung über und muss amputirt oder resecirt werden.

c) Die, meistens erst nach einigen Wochen auftretende Gelenkentzündung erreicht keinen höhern Grad, ist nicht mit erheblicher Vermehrung der Synovia verbunden, und es stellt sich Anchylose, ohne bedeutende Eiterung ein. Es ist dabei anzunehmen, dass der Eiter in sehr geringer Quantität in das Gelenk dringe, Entzündung der Gelenkenden, Erweichung und Resorption des Knorpels hervorrufe, worauf die Gelenkenden mit einander verwachsen. Ich habe diesen Fall dreimal am Ellenbogengelenk beobachtet und zwar einmal mit so geringfügiger Eiterung, dass ich überzeugt bin, es müsse ein grosser Theil der Synovialmembran an der Entzündung gar keinen Theil genommen haben, und als partielle Höhlen fortbestehen.

In der Schlacht von Friedericia erhielt ein junger Mann eine Kugel in den linken Arm, welche $1^1/_2$ Zoll über dem Condylus humeri externus, hinter dem Triceps

gedrungen war, den Knochen in der Mitte berührt hatte und wieder herausgefallen war. Es befand sich ein kleiner, vom Periost entblösster Eindruck an der getroffenen Stelle des Humerus und mit dem Nagel fühlte man deutlich eine nach abwärts gehende Spalte, ohne dass einer der beiden Condylen Beweglichkeit gezeigt hätte. Bis zum 18. Tage verlief die Wunde wie eine gewöhnliche Fleischwunde, nachdem eine Aderlässe und kalte Umschläge gemacht worden waren; dann entzündete sich das Ellenbogengelenk, umgab sich mit einer festen Geschwulst, welche sich nach mehrmals angesetzten Blutegeln in einigen Wochen wieder zertheilte und vollständige Anchylose zurückliess, ohne dass jemals die Eiterung der Wunde sehr erheblich geworden wäre.

5) Die Kugel dringt in den Knochen ein, ohne ihn zu splittern und bleibt darin stecken. Dieser Fall kommt nicht so häufig vor, als man erwarten sollte. Ich habe ihn am Schädel, am Caput humeri an den Beckenknochen, den Wirbelkörpern, den Condylen des Femur, dem oberen Ende der Tibia, am Calcaneus und den übrigen Fusswurzelknochen beobachtet. Dupuytren glaubt nach seinen, an mehreren hinter einander gestellten Brettern gemachten Versuchen, der Canal, welchen unter diesen Umständen die Kugel im Knochen mache, müsse nach hintenzu immer weiter werden. Das verhält sich aber nicht immer so, alle Kugeln der Art, welche ich zum Theil mit Hülfe des Schraubenziehers ausgezogen habe, sassen sehr fest. Pirogoff hat dieselbe Bemerkung gemacht. Dupuytren's Lehre würde richtig sein bei Körpern von gleicher Dichtigkeit, da aber der Knochen an seiner

Rinde fest und im Innern porös ist, so muss sich der Fall ganz anders verhalten, als bei Brettern von demselben Holze, welche eine Kugel successive durchdringt und darin ein um so weiteres Loch macht, je matter sie wird. Sehr häufig reisst die Kugel unter solchen Umständen ein Stück Zeug mit in den Canal hinein, ein Umstand, an den Dr. Simon nicht gedacht hat, wenn er es für ziemlich gleichgültig hält, ob man eine im Knochen festsitzende Kugel herausziehe oder sitzen lasse. Auch ist es mit der Diagnose solcher Fälle keineswegs eine so leichte Sache, wie Simon zu glauben scheint. Von seinen eigenen, in der Prager Vierterlsjahrsschrift mitgetheilten Fällen, in denen er Kugeln eingeheilt haben will, ist kein einziger beweisend. Es geht mit diesen festsitzenden Kugeln wie mit Bandwürmern, ihre Diagnose ist erst sicher, wenn Stücke abgehen. Erst wenn man mit einer scharfen Kornzange ein Stückchen Blei zum Vorschein gebracht hat, kann man seiner Sache gewiss sein. Sogar Pirogoff, dieser geschickte Chirurg sagt, dass er sich öfter darin geirrt habe. Um die Schwierigkeit der Diagnose festsitzender Kugeln durch Percussion zu beweisen, habe ich Löcher in Knochen gebohrt und diese mit Blei ausgegossen. Keiner meiner jungen Mediciner, die doch sonst jetzt das Gras wachsen hören, konnte den Bleiton vom Knochenton, bei Percussion mit einer silbernen Sonde, unterscheiden. Wenn die Kugel lose sitzt, so ist der Bleiton leicht zu erkennen.

6) Die Kugel schlägt ein Stück aus dem Knochen heraus, indem sie entweder eine Rinne bildet, oder einen unregelmässigen Splitter absprengt.

Dies kommt nicht bloss an den Enden der Knochen, den Gelenken vor, sondern auch in ihrer Continuität, so dass der Zusammenhang nicht aufgehoben wurde. Der merkwürdigste Fall der Art betraf das Femur, diesen ausserordentlich harten Knochen.

Nach der Schlacht von Fridericia untersuchte ich die Wunde eines jungen Mannes, der in den rechten Oberschenkel, dicht über dem Kniegelenk geschossen war. Ich fand das Femur an seiner Innenseite in viele Stücke zertrümmert, welche ich mit Leichtigkeit entfernen konnte, wobei auch die Kugel zum Vorschein kam. Wir überlegten, ob das Bein erhalten werden könnte und beschlossen diesen Versuch, weil die Continuität des Femur erhalten war und das Kniegelenk nicht afficirt zu sein schien. Es ging Anfangs alles sehr gut, aber nach einigen Wochen, wo überall die Pyämie sehr um sich griff, wurde die Wunde jauchend. Ich suchte den Abfluss des Eiters zu begünstigen, zuerst dadurch, dass ich dem Beine durch Unterlagen eine solche Stellung gab, dass sich der Oberschenkel fast in vertikaler Stellung befand. Da dies aber keine Veränderung in dem Zustande der Wunde hervorbrachte, wünschte ich, dem Eiter nach unten einen Abfluss zu verschaffen und liess an einer Stelle, wo man die Eiterhöhle der Oberfläche sehr nahe fühlte, auf dem Knopfe einer Sonde einen Einschnitt machen, so weit nach innen, dass an eine Verletzung der grossen Gefässe nicht gedacht werden konnte. Dieser Einschnitt erregte aber eine so andauernde venöse Blutung, dass ich mich genöthigt sah, die gemachte Oeffnung wieder mit Charpie auszufüllen, worauf die Blutung stand. Zwei Tage später erneuerte

sich dieselbe jedoch, und Dr. H. Schwartz amputirte den Oberschenkel; dabei bemerkte er, dass die Cruralvene mit einem Fibrine-Gerinnsel verstopft war, welches aus der Vene hervorragte und zum Theil ausgezogen werden konnte. Es war uns, als wir den Einschnitt an der hintern Seite des Oberschenkels machten, nicht entgangen, dass alle Venen, welche das Kniegelenk umgaben, besonders an der innern Seite auffallend sichtbar waren, der Grund davon, die fibrinöse Verstopfung der Cruralvene war uns aber nicht eingefallen. Die nachhaltige venöse Blutung aus dem Einschnitte war also eine phebostatische, durch Unwegsamkeit der Cruralvene entstanden. Aus demselben Grunde, dem gestörten Kreislaufe, war denn auch die Verjauchung der Wunde entstanden.

7) Die Kugel durchdringt den Knochen vollständig, ohne dessen Zusammenhang völlig aufzuheben. Dieser Fall kommt am häufigsten am Schädel, an den Beckenknochen, oder auch am obern Ende der Tibia vor. Sogar an dem harten Schafte des Femur hat Hennen ein durchdringendes Loch ohne Fractur beobachtet. Nicht selten gehen Kugeln durch die Condylen des Femur, aber fast immer mit Splitterung bis in das Gelenk. Ueberhaupt mögen solche Schusslöcher im Knochen ohne einige Splitterung der Nachbarschaft wohl selten sein, und sich daraus zum Theil die heftigen Zufälle erklären, welche auch in den Fällen zu bekämpfen waren, in denen endlich ein glückliches Resultat erzielt wurde.

8) Die Kugel fracturirt den Knochen so einfach, wie es nur bei den, im gewöhnlichen

Leben vorkommenden, subcutanen Knochenverletzungen zu geschehen pflegt. Diesen Fall sollte man a priori kaum für möglich halten und doch ist er gar nicht so selten und von mir an allen langen Röhrenknochen beobachtet worden; am häufigsten am Humerus, mehrere Male am Femur. Die Erscheinungen sind die gewöhnlichen einer Fractur, mit Zugabe der Fleischwunde, welche die Kugel gemacht hat. In zehn Tagen bis drei Wochen heilt manchmal die Fleischwunde vollständig zu, und es handelt sich nur noch um das Festwerden der Verbindungen zwischen den gebrochenen Enden. Auf diese Art habe ich selbst zwei Oberschenkel-Schusswunden heilen sehen. Es ist in diesen Fällen anzunehmen, dass die Kugel den Knochen im stumpfen Winkel getroffen habe, der Knochen brach, wich seitwärts und die Kugel setzte ihren geraden Lauf nun ungehindert fort. Ausserdem muss man wohl voraussetzen, dass die Kugel an Schnelligkeit des Fluges schon nachgelassen habe, weil in diesen Fällen die Fractur zum Theil durch Biegen der Knochen zu erfolgen scheint, wobei die Schwere des Körpers mitwirken kann. Eine sehr rasch fliegende Kugel biegt aber wohl den Knochen nicht, weil sich die Gewalt nicht so schnell von der getroffenen Stelle aus fortsetzen kann. Die runde Form der Kugel und der Mitte des Humerus und des Femur müssen häufig solche Berührungen in schiefen Winkeln herbeiführen, aber auch bei unregelmässig gestalteten Projectilen kommen Fracturen ohne Splitterung vor. Ich hatte (Februar 1853) einen jungen Mann in meiner Kieler Klinik, dem ein Jagdgewehr beim Abfeuern platzte, wobei ein Stück des Laufs $2^1/_2$ Zoll lang und $^3/_4$ Zoll

breit, aber bis auf die Länge von $1^1/_2$ Zoll zusammengekrümmt, in den linken Arm, dicht über dem Ellenbogengelenk flog. Der Verwundete kam nach 7 Stunden in meine Behandlung. Das Projectil war $1^1/_2$ Zoll über dem Condylus externus an der Aussenseite des Triceps eingedrungen, hatte den Humerus schief von innen nach aussen und von unten nach oben durchbrochen und lag an der hintern Seite des Gliedes, wo ich dasselbe durch einen Einschnitt entfernte. Ausser 2 linsengrossen Splittern, von denen einer sogleich ausgezogen werden konnte, der andere aber anhing und erst nach vierzehn Tagen zu Vorschein kam, bestand hier keine andere Splitterung und die Heilung machte keine Schwierigkeit.

Ich halte es für nützlich, auf diese (nicht comminuten) Schussfracturen besonders aufmerksam zu machen, weil ich mir wenigstens früher dachte, dass dergleichen Fälle überhaupt nicht vorkämen, aber jedenfalls sehr selten sein müssten. Da diese aber bei verständiger Behandlung einen glücklichen Ausgang nehmen, so habe ich keine Präparate darüber. Aber das Factum ist leicht zu constatiren, wenn nämlich die Wunde heilt, ohne dass Splitter zum Vorschein kommen.

9) Die Kugel zerbricht den getroffenen Knochen in seiner Continuität in mehrere Stücke, welche grössten Theils durch das Periost und die benachbarten Weichtheile in organischem Zusammenhange bleiben. Im Verlaufe der Kur kommen einige grössere Splitter zum Vorschein und dann erfolgt Heilung mit einiger Verkürzung. Dieser Fall ist an allen Knochen sehr häufig und giebt bei übrigens günstigen

Umständen durchaus keine schlechte Prognose, weil sich die Knochenverletzung nicht über einen grossen Umfang erstreckt und deshalb die ganze verletzte Partie leicht durch eine entzündliche Demarcationslinie eingekapselt werden kann.

10) Die Kugel zerbricht die getroffene Stelle in unzählige kleine Splitter. Dies kommt besonders bei Kartätschenschüssen und bei Schüssen à bout portant, vor. In solchen Fällen ist oft das ganze Ausgangsende des Schusscanals mit zahllosen kleinen Knochensplittern tapezirt, welche alle zu entfernen eine nutzlose oder gefährliche Arbeit sein möchte. Ich habe diese Art Schussfractur am Schlüsselbein und am Humerus gesehen. Auch bei diesen Wunden liegt in der Art der Knochenverletzung kein Grund höherer Gefährlichkeit, wenn diese nicht durch gleichzeitige Verletzung der weichen Theile bedingt ist. Ich erinnere mich der grossen Sorge, die mir ein Weimarscher Soldat machte, welcher sich die Mitte des Schlüsselbeins, à bout portant, durchschossen hatte. Der Schuss war von unten nach oben 2 Finger breit unter dem Schlüsselbeine eingedrungen und fast eben so weit über demselben wieder ausgetreten. Ich überzeugte mich durch vorsichtiges Eingehen mit dem Finger von der Unmöglichkeit, die Legion kleiner Splitter zu extrahiren, befahl, die Wunde gar nicht anzurühren, liess eine Aderlässe und fortwährend kalte Umschläge machen und der Fall verlief sehr glücklich, ohne alle üblen Zufälle. Die Clavicula, welche mindestens 2 Zoll an Knochensplittern verloren haben musste, war nach der Heilung nur $^1/_2$ Zoll kürzer als die der andern Seite.

11) Die Kugel dringt durch den Knochen, spaltet und splittert denselben in aufsteigender oder absteigender Richtung oder in beiden in grossem Umfange. Dieser Fall kommt leider an den grossen Röhrenknochen nicht selten vor, besonders an der Tibia und am Femur, seltener am Humerus. Trifft die Kugel in der Nähe eines Gelenks, so können die Splitterungen bis dahinein gehen, was aber am Humerus selten, an den untern Extremitäten häufiger vorkommt. Kartätschenschüsse bringen gern solche grosse Splitterungen hervor. Diese gehören jeden Falls zu den gefährlichsten Schussfracturen, sie haben alle Nachtheile, welche Knochenbrüche mit scharfen Splittern im Allgemeinen zeigen und dazu noch die Gefahren ausgebreiteter Eiterheerde, wenn diese copiös werden, was unter solchen Umständen leicht geschieht, weil die Einkapslung einer so grossen Verletzung die grössten Schwierigkeiten hat. Selbst wenn durch vollständige Erhaltung eines der beiden Knochen des Unterschenkels oder des Vorderarms die Nachtheile wegfallen, welche das Einbohren spitzer Fragmente in die weichen Theile haben, sind die Reactionszufälle sehr bedeutend.

Die ältern Chirurgen überschätzten die Gefahren der Knochenspalten, die sie für unheilbar hielten; unter günstigen Verhältnissen heilen dieselben, indem sie sich, zunächst vom Periost aus, durch eine Auflage neuen Knochens, verschliessen.

Nicht in allen Fällen scheinen weitgehende Splitterungen und Spalten so zu Stande zu kommen, dass die Kugel wie ein Keil wirkte und die Knochen gewissermassen spaltete wie ein Stück Holz. In einigen Fällen

lief die Kugel eine Strecke lang auf dem Knochen hin, den sie im stumpfen Winkel getroffen hatte und brachte die Spalten in der Richtung ihres Laufs hervor.

12) Die Kugel fracturirt den Knochen, wird dann aber von dessen Fragmenten in mehrere Stücke geschnitten, welche entweder in der Nähe derselben liegen bleiben oder theilweise ihren Lauf fortsetzen. Sie können später von Callusmasse eingeschlossen werden und die Heilung erschweren. Am Humerus habe ich dies zweimal erlebt, am Femur öfter. Man muss an diesen Fall denken, wenn die Kugel nicht ausgetreten war und man doch nichts, einer Kugel Aehnliches, entdecken kann.

Gelenkverletzungen.

Contusionen der Gelenke durch Flintenkugeln, welche die Haut nicht wesentlich beschädigt haben, scheinen mir keine gefährliche Folgen zu haben, wenigstens kann ich mich keines einzigen Falles erinnern, in welchem Gelenkentzündung darnach entstanden wäre.

Eine sehr heftige Kniegelenksentzündung aber erregte eine Kugel, welche die Patella streifend, einen Theil ihres Bleis in der Mitte derselben zurückgelassen hatte. Die Wunde war durch erste Intention geheilt und erst nach Zertheilung der heftigen Entzündung, welche eine partielle Dislocation zur Folge gehabt hatte, wurde der fremde Körper, welcher ungefähr der Hälfte einer Kugel gleich kam, entdeckt und ausgezogen. In diesem Falle musste, durch die Contusion der articulirenden Enden, eine heftige Ostitis mit partieller Abtrennung der Ligamenta cruciata erfolgt sein.

Ueberhaupt hat man die Wunden an den Gelenken auch dann zu fürchten, wenn alle Anzeichen vorhanden sind, dass das Gelenk primär nicht geöffnet sei. Es kann sich später öffnen, wenn die von einer Kugel gequetschte Kapsel unter dem Einflusse der Entzündung und Eiterung sich brandig abstösst. Glücklicher Weise hat die Entblössung der fibrösen Kapsel allein keine grosse Gefahren.

Im Jahre 1850 erhielt ein junger Cavallerie-Officier auf eigenthümliche Weise eine gefährliche Schusswunde. Er nahm auf dem Gute seines Vaters einem Wilddiebe das geladene Gewehr ab. Um dasselbe abzuschiessen, lehnte er sein eigenes gespanntes Gewehr an den linken Arm; in demselben Augenblicke, wo er das Gewehr des Wilderers abfeuerte, ging auch das seinige los und der mit Hasenhagel geladene Lauf entleerte sich, im eigentlichen Sinne à bout portant, unter dem linken Pectoralis major. Der Ausgang der Wunde war im Deltoides, entsprechend der vordern Circumferenz des Schultergelenks. Die Kleider hatten gebrannt und auch das Feuer hatte seine Spuren in der Umgegend der Eingangsöffnung zurückgelassen. Die Ausgangsöffnung sah aus wie ein Maulwurfshaufen, so waren die Fasern des Deltoides nach aussen geschleudert. Man konnte bequem ein paar Finger in die Wunde einführen; Gefühl und Bewegung der Hand war nicht beeinträchtigt, die Radialis pulsirte wie an der gesunden Seite. Die Bedenklichkeiten dieses Falles waren sehr bedeutend; es konnte ein Hagel doch in ein grösseres Gefäss oder in die Kapsel gedrungen sein: wie schlimm würde es da bei eintretender Eiterung werden, wenn neben dieser grossen

Wunde das Schultergelenk vereiterte oder eine Blutung entstände? Bei Anwendung von Aderlässen und kalten Umschlägen ging aber alles gut, die Geschwulst legte sich, die Wunde reinigte sich, Hagelkörner kamen nach und nach ein Dutzend zum Vorschein. Wochenlang lag die fibröse Kapsel in der Ausdehnung eines Guldenstückes zu Tage und zeigte keine Neigung zu granuliren, so dass ich sie noch immer mit Sorge ansah. Ich hütete mich indess wohl, reizende Salben anzuwenden, welche von einigen Aerzten gewünscht wurden, um die Kapsel zum Granuliren zu bringen. Ich kam auf die Vermuthung, dass die Luft des Lazareths, in welchem der Verwundete, wenngleich in einem besonderen Zimmer lag, ihm nicht zusage und liess ihn zu seinen Eltern bringen, wo die Wunde, die vorher Wochen lang keine Fortschritte gemacht hatte, nun überraschend schnell zuheilte. Aber die Prüfungszeit des armen jungen Mannes war noch nicht vorüber. Als er das Bett verliess, erkältete er sich die Füsse vermuthlich sehr heftig und anhaltend in einem Parterre-Zimmer und bekam plötzlich eine fast vollständige Lähmung der unteren Extremitäten. Diese Krankheit kommt in Holstein aus derselben Ursache nicht selten vor, da die Bauerhäuser namentlich oft sehr niedrig liegen und mit Steinen gedielt sind. Ich betrachte diese Lähmung als rheumatische Menyngitis spinalis, mit rascher Bildung von Wasserergusz, ähnlich den rheumatischen Wassersuchten des Kniegelenks, wobei auch oft alle Zeichen von Entzündung fehlen. In dem vorliegenden Falle bewährte sich die antirheumatische Behandlung wieder vollkommen. Durch Diaphoretica und warme Bäder wurde er vollkommen

hergestellt. Mit Strychnin, welches einfältige Leute in solchen Fällen anzuwenden pflegen, hätte man ihn vermuthlich für immer lahm gelassen.

Die Brauchbarkeit des Arms stellte sich, ungeachtet eines bedeutenden Verlustes am Deltoides doch vollkommen wieder her.

In diesem Falle war das Kapselband nur entblösst aber nicht contundirt. Daher zeigte das Gelenk keine Betheiligung und ist auch in seinen Bewegungen nicht beeinträchtigt geblieben.

Von secundärer Perforation des condundirten Kapselbandes haben wir mehrere Beispiele erlebt, welche zur höchsten Vorsicht bei allen Prellschüssen und Haarseilschüssen an Gelenken auffordern; den merkwürdigsten davon hat Dr. Esmarch in seiner Schrift über Resectionen, pag. 127 mitgetheilt. Der Patient hatte bei Idstedt einen Prellschuss an der Aussenseite des Kniegelenks erhalten, wodurch ein zirkelrundes Stück Haut brandig geworden war. Einige Tage nach Ablösung desselben bildet sich in der Kapsel ein nadelkopfgrosses Loch, aus welchem Anfangs reine Synovia hervordrang. Ganz allmählig ging aber die Synovialmembran zur Eiterbildung über und, obgleich diese so gering war, dass sich die Oeffnung in der Kapsel einige Male völlig geschlossen hatte, so trat doch nach vier Monaten noch eine solche Zunahme derselben mit Diarrhöen verbunden ein, dass die Amputation vorgenommen werden musste, welche jedoch acht Tage später durch Pyämie tödtlich wurde. Mittlerweile war völlige Anchylose, in völliger Extension, zwischen Femur und Tibia eingetreten, ein Process, der, wie ich leider schon mehrere Male erlebt

habe, keine Garantie für Erhaltung des Gliedes oder des Lebens darbietet. Uebrigens lag dieser Patient in demselben, unvermeidlichen, aber sehr wenig salubren Lazarethe, in welchem der vorher genannte Officier nicht zur Heilung gelangen konnte, und wäre unter günstigeren Aussenverhältnissen ohne Zweifel mit dem Leben und dem Gliede davon gekommen.

Ohne die Gelenkenden selbst zu verletzen oder zu contundiren, bringt wohl nur selten eine Flintenkugel ein Loch im Kapselbande hervor, nur am Kniegelenke ist dies leichter möglich, weil dessen obere Ausbuchtung, die sogenannte Bursa extensorum, die Gelegenheit dazu darbietet. Hier habe ich dies auch beobachtet, in einem Falle 1849, wo die von oben nach unten gehende Kugel im oberen Theile dieser Bursa steckend, gefühlt und ausgeschnitten wurde. Leider hatte der Operateur keine Ahnung davon, wo die Kugel eigentlich gesteckt hatte und versäumte jede nöthige Vorsicht, erkannte auch später nicht einmal die eingetretene Verjauchung des Kniegelenks, weil die eiterige Synovia sich unter die Fascie des Oberschenkels ergossen hatte. Er glaubte, es handle sich um ein sogenanntes Pseudoerysipelas und spaltete nach Rust's Manier vom Trochanter bis zum Kniegelenk, ein Verfahren, welches, theilweise wenigstens, auch den Erfolg der Amputation vereitelte.

Ohne Zweifel ist es die gleichzeitige Contusion der articulirenden Enden, welche jedes von einer Kugel gemachte Loch im Kapselbande gefährlich macht; wenn auch dies Loch sich reinigt und zuheilt, so macht die Reaction des contundirten Knochens wieder ihren besondern Einfluss geltend und erregt später eitrige Arthromenyngitis,

wobei das Loch im Kapselbande wieder aufgeht, oder Eitersenkungen zu Stande kommen.

Die Verletzungen der articulirenden Enden durch Kugeln lassen sich unter dieselben Rubriken bringen, wie die der Knochen überhaupt, doch kann man wohl behaupten, dass die Zertrümmerung hier im Allgemeinen noch bedeutender sei, dies zeigen unsre Resectionspräparate, von denen sich nur sehr wenige dazu eignen bildlich dargestellt zu werden. Ich erinnere mich bei der Resection des Ellenbogengelenks, wo nur die Ulna zertrümmert war, achtzehn grosse Splitter extrahirt zu haben. Diese ausgedehnten Splitterungen sind schon durch den grösseren Umfang der Gelenkenden bedingt. Obgleich man zuweilen die Kugel zwischen den Fragmenten oder zwischen den Gelenkenden eingekeilt findet, so ist es doch auffallend, wie selten dies der Fall sei. Fast niemals fanden wir bei unsern Gelenkresectionen die Kugel, wenn auch nur ein Eingangsloch vorhanden war. Vermuthlich fällt sie bei der ersten Bewegung des Gelenks wieder heraus; denn dass sie tief eingedrungen gewesen sein musste, ergab gewöhnlich die Untersuchung mit dem Finger. In Bezug auf den Verlauf und die Behandlung der Gelenkschüsse muss ich auf das verweisen, was Dr. Friedrich Esmarch darüber so schön in seinem Werke über Resection bei Schusswunden gesagt hat.

Verlauf der Schusswunden im Allgemeinen.

Bis jetzt rechnete man die Schusswunden zu den gequetschten und nahm an, dass sie, der Regel nach, sich durch Eiterung reinigen müssten, ehe sie heilen könnten und zwar nicht bloss von dem brandig absterbenden Hautsaume der Eingangsöffnung, sondern auch von den Trümmern des übrigen Canals. Dass mitunter eine Schusswunde durch die Weichgebilde einmal wie durch erste Intention, mit kaum merklicher Eiterung heilt, stösst die allgemeine Regel nicht um, denn das kommt auch bei anderen gequetschten Wunden vor. Ich habe noch in diesen Tagen eine Quetschwunde der Galea durch den Hufschlag eines Pferdes, die bis auf das Cranium drang, ohne Eiterbildung heilen sehen. Dr. Simon, in seinem Werke über Schusswunden, sucht der Ansicht Eingang zu verschaffen, die durch Kugeln im Kernschusse hervorgebrachten Wunden seien eigentlich reine Wunden, weil er bei seinen Experimenten fand, dass solche Kugeln wie ein Locheisen die Theile herausschlagen, welche sie auf ihrem Laufe berühren. Diese Theorie hat in Deutschland Beifall vor den Augen unserer erleuchteten Kritiker gefunden! Mir kommen diese Ver-

suche, den Ruf der Schusswunden zu verbessern, ungefähr so vor, wie die Bemühungen gewisser Berliner Kunstrichter, aus der Lady Macbeth einen edlen Charakter zu machen, von denen Heine sagt, die gute Macbethen sei doch wohl eine böse Bestie gewesen! Glücklicher Weise hat Dr. Simon seine Theorie erst erfunden, nachdem seine Patienten, deren klinische Beobachtung ihn nicht darauf geführt hatte, alle geheilt waren, sonst hätte er mit dem darauf basirten Comprimiren und Zunähen der Schusscanäle wohl weniger gute Erfolge gehabt. So lange man noch mit Kugeln und nicht mit haarscharfen Locheisen schiesst, werden die Schusswunden wohl immer unreine und gequetschte Wunden bleiben! Nach Dr. Simon's Theorie müsste man mit stumpfen Messern reine Wunden machen können, wenn man sie nur schnell genug führte. — Bleiben wir also vorerst bei der Annahme, die Schusswunden sind gerissene und gequetschte Wunden, mit oder ohne primären Substanzverlust, fast nie ohne secundären, wenn derselbe auch unmerklich ist. Sie gehören also zu den unreinen Wunden. Man wird es mir wohl erlassen, dies statistisch zu beweisen, da ich selbst nie eine Schusswunde durch erste Intention habe heilen sehen. Wenn hier und da einmal eine Schusswunde der Weichtheile in acht bis vierzehn Tagen heilt, so ist dies noch keine Heilung durch erste Intention.

Unter einer reinen Wunde versteht man diejenige, welche keiner Reinigung bedarf, dass heisst, keiner Aussonderung zertrümmerter Gewebetheile und extravasirter Flüssigkeiten. In einer reinen Schnittwunde ergiesst sich das aus den durchschnittenen Gefässen

dringende Blut nach aussen, das nachfolgende Blutserum spült oft dessen Reste aus der Wunde und es beginnt alsdann eine Exsudation von Blutplasma, welche eine leichte Verklebung der Wundflächen vermittelt und das Excipiens der Zellenbildung abgiebt, durch welche die Narbe entsteht.

In der unreinen Wunde wird dieser Process durch die Gegenwart von Gewebstheilen gehindert, welche der Zersetzung unterliegen, deren Producte in immer grösser werdendem Kreise die oberflächlichen Schichten der Wundfläche durchdringen und zur organischen Zellenbildung unfähig machen. Deshalb sieht man so häufig theilweise unreine Wunden Anfangs da durch erste Intention verheilen, wo die Trennung des Zusammenhangs ohne Zertrümmerung zu Stande kam; an den Stellen, wo gequetschte Theile liegen, bildet sich Eiterung, ein Process, welcher sich genau abgränzt von der zur Narbenbildung führenden Zellenentwicklung; die Eiterung greift weiter um sich und die oft schon weit fortgeschrittene Heilung durch erste Intention wird rückgängig, die Wunde öffnet sich entweder in ihrem ganzen Umfange oder theilweise wieder, d. h. die Zersetzungsproducte der zertrümmerten Gewebe und des Eiters imprägniren die jungen Zellen der ersten Intention und tödten sie; auch diese zersetzen sich und tragen diesen Process auf andere Kreise über. Dazu kommt dann noch der Einfluss, welchen die partielle Stagnation des Blutes in den Anfängen der Venen ausübt, und die Alteration des Blutes durch Eindringen zersetzter Proteinsubstanzen in den Kreislauf, welche sich, bei grösseren Eiterbildungen, schon durch den Frostanfall und

andere Erscheinungen einer Blutintoxication zu erkennen giebt. Auch in reinen Wunden kommt derselbe Process zum Vorschein, wenn ihre Heilung durch erste Intention gestört wird, nur mit dem Unterschiede, dass wir es hier mit der Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten zunächst allein zu thun haben, deren Zersetzungsproducte allerdings wohl mehr Gleichförmigkeit zeigen mögen, als die der organisirten Theile. Es mag wohl nicht gleichgültig sein, ob z. B. eine Wunde zertrümmerte Hirnsubstanz oder bloss zertrümmerte Zellgewebs- und Muskelfasern enthält; es wäre nicht unmöglich, dass die erstere viel gefährlichere Zersetzungsproducte lieferte, als die letzteren. Um eine reine Wunde in Eiterung zu versetzen, das heisst die Zersetzung der ersten plasmatischen Exsudate herbeizuführen, ist bekanntlich die anhaltende Berührung mit dem atmosphärischen Sauerstoffe hinreichend. Es giebt aber zahlreiche andere Hindernisse der ersten Intention, welche indess alle darauf hinauslaufen, das Absterben der ersten Anfänge der Organisation herbeizuführen, deren Zersetzung dann eine nothwendige Folge ist. Obgleich also im Grunde genommen jede Wunde Gelegenheit geben kann, den Fäulnissprocess der Wundexsudate zu beobachten, so ist dies doch in höherem Grade bei Schusswunden der Fall, die man gleichzeitig in der grössten Zahl und Mannigfaltigkeit, sowohl in Bezug auf ihre Tiefe als auch in Hinsicht auf die Verschiedenheit der verletzten Organe und Constitutionen zu Gesichte bekommt. Man kann die Schusswunden wegen ihrer vorherrschend unreinen Beschaffenheit als die Repräsentanten dieser Classe von Wunden ansehen, welche sich vorzugsweise zum

Studium eignen. Durch die häufige Gegenwart von fremden Körpern haben sie freilich auch ihre Eigenthümlichkeiten. Zu den Stoffen, welche in Schusswunden der Zersetzung unterliegen, können gehören:

1) Das extravasirte Blut. Obgleich Schusswunden im Allgemeinen nicht stark bluten, so sind doch die Blutextravasate in der Nähe des Schusscanals mitunter sehr beträchtlich und es kommt schon das in den gequetschten Theilen, in kleineren Mengen, befindliche, extravasirte Blut in Betracht, da bei nicht erfolgender Aufsaugung, dessen Zersetzung deren Mortification herbeiführen muss. Die Umstände, welche eine Resorption des extravasirten Blutes befördern, sind:

a) Das Aufhören der Blutung.

b) Verminderung der Blutmasse überhaupt, durch Blutentziehungen und Diät.

c) Verminderung der Blutmasse in dem verletzten Theile durch erhöhte Lage, welche den Zufluss erschwert und den Rückfluss befördert.

d) Retardirung des Zersetzungsprocesses im ausgetretenen Blute. Die wichtigsten, zu diesem Zwecke üblichen, Mittel sind Abhaltung des atmosphärischen Sauerstoffs, durch Bedecken der Wunde und Anwendung der Kälte. Man hat die kalten Umschläge bis jetzt vorzüglich in der Absicht angewendet, der Hyperämie vorzubeugen, oder sie zu vermindern. Es scheint mir eine nicht unfruchtbare Idee zu sein, dass die Kälte bei offenen Wunden auch den wesentlichen Nutzen habe, die Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten und der zertrümmerten Gewebe zu verlangsamen. Wendet man die Kälte nur als Antiphlogisticum an, so wird man

damit einhalten, sobald die Entzündung bekämpft zu sein scheint; bedient man sich derselben als Antisepticum, so wird man, in vielen Fällen, einen viel längeren Gebrauch davon machen, was ich sehr nützlich gefunden habe. Es ist nicht zu bezweifeln, dass damit auch der Reinigungsprocess der Wunde sich verlangsamen müsse, dies kommt aber oft gar nicht in Betracht, wenn es sich um Erhaltung des Lebens oder eines Gliedes handelt.

2) Die serösen Wundfeuchtigkeiten, deren Exsudation oft, alsbald nach erhaltener Verwundung beginnt und durch unzweckmässigen Verband, Tourniquets, weiten Transport sehr befördert wird. Von diesen gilt ungefähr dasselbe, wie von dem extravasirten Blute, bei der Enge der Wundöffnungen fliessen sie nicht leicht ab und müssen sich zersetzen, wenn sie nicht resorbirt werden. Uebrigens ist das Wenige, was aus den Wundöffnungen fliesst, doch nicht gering anzuschlagen, denn im Allgemeinen verlaufen die Schusswunden mit zwei Oeffnungen günstiger als die mit einer einzigen, auch wenn letztere keine fremde Körper enthalten. Auch diese serösen Exsudate werden zum grössten Theile resorbirt, man sieht den Umfang des serös infiltrirten Gliedes in der Regel sofort abnehmen, wenn dasselbe passend gelagert ist und kalt behandelt wird.

3) Die zertrümmerten und gequetschten Theile der von der Kugel getroffenen Organe. Diese sind zum Theil gleich Anfangs völlig abgestorben, zum Theil nur gequetscht und können nach Umständen entweder absterben oder erhalten werden. Dies hängt

von dem Grade der Quetschung, der eintretenden Hyperämie und der Beschaffenheit der Constitution ab. An den weichen Theilen sind die dabei in Betracht kommenden Substanzverluste meistens zu unbedeutend, um einer genaueren Schätzung zu unterliegen, bei den Knochen aber ist der Unterschied in dem unvermeidlichen und dem zweifelhaften Substanzverluste ein sehr erheblicher. Die Entfernung von Gewebetheilen, welche ihrer Vitalität durch Quetschung beraubt worden sind, scheint auf dreifache Art zu Stande zu kommen.

1) Unter völligem Ausschluss des atmosphärischen Sauerstoffs, durch langsames Zerfallen, das heisst, durch Zersetzung ohne faulige Gährungsproducte, wobei sie eine Beschaffenheit behalten, welche es verhindert, dass sie in ihrer Nachbarschaft eine lebhafte Reaction erregen, und dadurch der Resorption, ohne nachtheilige Wirkung für den Gesammtorganismus, zugängig bleiben. Dieser Eliminationsprocess ist vorzüglich im Gehirne genauer studirt worden, kommt aber ohne Zweifel in allen weichen Theilen vor und es ist vielleicht nur das Kalkgerüst der Knochen, welches ihm widersteht. Ich selbst habe mich nie überzeugen können, dass leblose Knochentheile einer Resorption unterliegen können und glaube, dass alle dahin gehörenden Beobachtungen auf Täuschung, oder falscher Deutung beruhen. So wenig wie eine Bleikugel aufgesogen wird, eben so wenig wird ein abgestorbener Knochen durch Resorption kleiner, und wenn er auch dem zartesten Netzgewebe der Medullarsubstanz angehörte. Ist er von Eiter umspült, so macerirt sein weicher Inhalt heraus, aber das Kalkgerüst bleibt unverändert. Es ist dies ziemlich begreif-

lich, wenn man bedenkt, welch ein Ueberschuss von Säure dazu gehört, um den Kalk von seiner organischen Basis zu trennen. Bei der stark alkalischen Beschaffenheit des Blutserums kann eine solche Acidität der, den Sequester umgebenden, Fluida wohl nicht leicht zu Stande kommen. Sind doch bis jetzt auch directe Versuche Sequester durch eingespritzte, saure Flüssigkeiten zur Auflösung zu bringen, von keinem Erfolge gewesen, womit ich indess nicht behaupten will, dass man sie für immer aufgeben solle. Es wäre gar zu schön, wenn sie gelängen! —

2) Bei Zutritt der Luft. Unter gewissen Umständen mumificiren die abgestorbenen Gewebe. Ich habe die Bemerkung gemacht, dass zu den Bedingungen der Mumification die Entfernung der Epidermis gehört. Dadurch kann man nach Belieben einen feuchten Brand in einen trocknen verwandeln, und zwar stellenweise, wenn man will und so weit, wie man die lose Epidermis abstreift. Auf diesen Unterschied des feuchten und trocknen Brandes hätte schon die Beschaffenheit der Theile eines Cadavers führen können, an welchem ein Vesicator gelegen hatte, oder wo durch Zufall die Oberhaut abgestreift wurde. Diese Stellen werden bekanntlich mumificirt und zwar oft zu einer beträchtlichen Tiefe. Offenbar verhindert die Epidermis nur die Verdunstung der Feuchtigkeiten und ihre Entfernung entzieht dem abgestorbenen Theile das zur faulen Gährung nothwendige Wasser.

Das beste Mittel, um den Gestank eines brandigen Theils zu beschränken oder ganz aufzuheben, ist deshalb das Abziehen der Epidermis. Mit Hülfe dieser klei-

nen Entdeckung habe ich einem berühmten Chirurgen eine Wette abgewonnen. Es handelte sich um einen Fuss, der in Folge einer Bombenverletzung abgestorben war. Ich fragte meinen Freund, ob dies, nach seiner Erfahrung, ein feuchter, oder trockener Brand werden würde. Er bestand darauf, es müsse ein feuchter bleiben. Ich liess die Epidermis abstreifen und am folgenden Tage war der Brand ein trockner. Das Experiment konnte ich in dem gelinden Winter 1852—53 meinen Schülern in der Klinik zeigen, an einem durch Frost bis ins Tibio-tarsal-Gelenk abgestorbenen Fusse. Der abscheuliche Gestank hörte ganz auf. Dieser Gegenstand hat, abgesehen von dem oben berührten Puncte, noch ein anderes Interesse für die Chirurgen. Es zeigt sich nämlich, dass wenn ein Hautstück durch einen Prellschuss getödtet und durch gleichzeitigen Verlust seiner Epidermis mumificirt ist, dessen Abstossung manchmal ohne Eiterbildung zu Stande kommt. Der abgestorbene Theil löst sich nach langer Zeit, wie der Brandschorf einer Moxa es nicht selten thut. Es scheint daraus hervorzugehen, dass Eiterbildung vorzüglich nur durch den feuchten Gährungsprocess abgestorbener Gewebe begünstigt wird. Unglücklicher Weise sind diese Beobachtungen bis jetzt noch keiner praktischen Anwendung in grösserem Umfange fähig, und zwar deshalb, weil sie nur an solchen Theilen sich geltend machen, deren Lage die Verdunstung des Wassers begünstigt. Im Innern der Schusscanäle ist die Masse der Feuchtigkeiten so gross, dass schwerlich irgend ein unschädliches Gerbemittel im Stande sein würde, die zertrümmerten Gewebe vor der faulen Gährung zu bewahren.

Was das Absterben noch vegetirender, gequetschter Theile anbetrifft, so hat die Erfahrung gelehrt, dass die Stagnation, welche bei eintretender Hyperämie in ihnen zu Stande kommt, den wichtigsten Grund ihres völligen Absterbens enthält; ohne Zweifel trägt auch die Inbibition der sich zersetzenden Wundfeuchtigkeiten zu ihrer völligen Zerstörung wesentlich bei. Sehen wir doch, dass gesunde Theile davon getödtet werden. Wenn man zum Beispiel nach der Exarticulation des Schultergelenks die Heilung durch erste Intention erzielt, so kann sich der Knorpel der Gelenkfläche vollständig erhalten; er wird aber sehr bald zerstört, wenn man durch Einlegen eines leinenen Läppchens die Eiterung auch in der Nähe des Knorpels provocirt. In Exarticulationswunden, wo der Eiter den Knorpel bespülen kann, kommt dessen Zerfallen ohne besondere Veranstaltung zu Stande.

Ueber den Ablösungsprocess abgestorbener Gewebstheile, welche noch mit gesunden in Verbindung stehen, hat mir der vorher erwähnte Fall von Erfrierung des Fusses erst einen recht deutlichen Aufschluss gegeben. Von dem Grundsatze ausgehend, dass Amputationen in chronischen Fällen am wenigsten Gefahr darbieten, wenn man sie zu einer Zeit vornimmt, wo sich in den vorhandenen eiternden Partien die Tendenz zur Vernarbung deutlich zu erkennen giebt, eine Erfahrung, die ich zuerst bei Amputation wegen unheilbarer, grosser Beingeschwüre gemacht habe, verschob ich die Amputation des betreffenden Unterschenkels bis zu diesem Zeitpuncte, löste aber mittlerweile den, zum grössten Theile von seinen Verbindungen im Tibio-tarsal-Gelenk

bereits getrennten, Fuss durch einige Schnitte mit der Scheere im Todten. Die Sehne des Tibialis anticus hing dabei ungefähr einen Zoll weit hervor, ihr unteres Ende war abgestorben. Ich sah nun, wie das lebend gebliebene Stück der Sehne sich allmählig immer mehr mit Gefässen durchsetzte, die zuletzt so zahlreich wurden, dass von dem ursprünglichen Sehnengewebe nichts mehr übrig blieb, das abgestorbene Ende stiess sich in kleinen Fetzen ab und der obere Theil verschmolz vollständig, in einer Länge von beiläufig $^3/_4$ Zoll, mit der Gesammtmasse der schönen Granulationen, welche den ganzen Stumpf bedeckten.

Auf ähnliche Weise verhält es sich ohne Zweifel mit allen übrigen Geweben; an der Gränze des abgestorbenen findet, unter dem Einflusse der Reizung, welche die abgestorbenen Gewebe veranlassen, eine Ausdehnung und Neubildung von Gefässen Statt, welche das ursprüngliche Gewebe des Theils völlig verdrängt und so den Zusammenhang aufhebt. Es ist also nicht eigentlich ein Resorptionsprocess, welcher die Trennung bewerkstelligt, sondern eine wuchernde, die ursprüngliche Organisation aufhebende Gefässentwickelung. Für die Behandlung der mit Nekrose endigenden Knochenkrankheiten scheint mir dieser Unterschied sehr erheblich. Bis jetzt drehten sich die Versuche der Chirurgen, die Lösung der Sequester zu begünstigen, um die Anwendung von Mitteln, welche die Resorption begünstigen, Quecksilber und Jodkalium wurden als Hauptmittel angesehen. Diese können sehr nützlich sein, so lange es sich um Ostitis handelt, aber die Gefässerweiterung, welche zur Trennung der Sequester erforderlich ist,

werden sie vermuthlich stören. Es giebt deshalb Fälle, in denen Eisen, gute Nahrung, frische Luft und die locale Hyperämie, welche warme Bäder erregen, die Abstossung von Sequestern besser befördern, als Mittel, welche die Resorption befördern.

In Uebereinstimmung damit steht die Erfahrung, dass die Abstossung zertrümmerter Gewebstheile um so leichter erfolgt, je blutreicher sie sind und je weniger fest ihr Gewebe ist. Dies zeigt sich besonders an den Knochen; spongiöse Knochen exfoliiren sich viel leichter als feste Röhrenknochen. Die Muskeln reinigen sich leichter als der Zellstoff und dieser schneller als die Haut, welche die Langsamkeit ihrer Exfoliation der Menge des elastischen Gewebes verdanken mag. Aponeurosen und Sehnen exfoliiren sich dagegen noch langsamer als Haut.

4) Die fremden Körper. Die meisten derselben, welche in Schusswunden vorkommen, sind von der Art, dass ihre eigene Zersetzung nicht in Betracht kommt, Tuch und Leinen oder Baumwolle etc. faulen viel zu langsam. Es sind deshalb nur die Wundfeuchtigkeiten, mit denen sie sich imprägniren, die dabei in Betracht kommen. Diese faulen darin und verderben die ganze Umgegend, Tuchstücke sind in dieser Beziehung sehr nachtheilig, oft kann man mit ziemlicher Sicherheit ihre Gegenwart diagnosticiren, wenn der Eiter einen eigenthümlichen Geruch und eine grünlich, schleimige Beschaffenheit darbietet. Leinen macht schon weniger üble Eiterung. Liegen solche fremde Körper oberflächlich, so geben sie der bedeckenden Haut eine erysipelatöse Röthe. Körper, welche keine Wundfeuchtig-

keiten aufsaugen können, wie Kugeln, Knochenstücke von der Corticalsubstanz machen keine jauchige Eiterung, Sequester der spongiösen Substanz schon eher. Der Geruch solcher fremden Körper, welche längere Zeit in Wunden gelegen haben, ist manchmal furchtbar. Sehr selten incrustiren sich weiche fremde Körper vollständig mit Kalksalzen, Kugeln öfter. Es ist dies sehr begreiflich, da es nur die Gerinnungen sind, welche sich an den fremden Körper hängen, die sich incrustiren oder vielmehr mit Kalksalzen durchsetzen. Uebrigens ist es sehr bemerkenswerth, wie die schädlichsten fremden Körper, wollenes Tuch z. B. mitunter völlig einheilen, wenn sie in der Mitte sehr langer Wundcanäle liegen. Am Rücken sieht man solche, manchmal fusslange, Wundcanäle, welche bald zuheilen, aber nach vielen Monaten wieder aufbrechen, entweder an ihren Oeffnungen oder in der Mitte und dann ein Tuchstückchen oder etwas ähnliches zum Vorschein kommen lassen. Hier fehlt der atmosphärische Sauerstoff um eine schnellere Zersetzung der imbibirten Proteinstoffe herbeizuführen. Man kann übrigens dasselbe beobachten nach Extirpation von Geschwülsten mit tiefem Sitze. Füllt man die Wunde mit trockner Charpie aus, so verfilzt sich diese in den tiefen Stellen so mit dem ausschwitzenden Blutplasma, dass sie Wochen lang nicht losgehen will, wo dann allmählig der Eiter des vorderen Theils der Wunde gegen die Tiefe vordringt und als Ferment dient. Will man diese Zögerung vermeiden, so muss man die Charpie mit Oel befeuchten, wie man es bei Operation der Hydrocele durch den Schnitt macht, wodurch man bei dieser Operation freilich, die Reaction unnöthiger Weise

steigert, während sie bei Anwendung eines trocknen Läppchens gerade hinreicht.

In Bezug auf die allmählige Entstehung der Eiterung unter dem Einflusse der atmosphärischen Luft und der allmähligen Durchdringung der ersten entzündlichen Exsudate von dem in der Mündung gebildeten und zersetzten Eiter, sind lange Schusscanäle, welche nahe unter der Haut verlaufen, sehr lehrreich. Es dauert oft sehr lange bis sich der Eiterungsprocess, von der Mündung aus, weiter in den Canal hinein erstreckt und dessen unbedeutende seröse Exsudation in eine eiterbildende verwandelt. In der That war es die öftere Beobachtung solcher Fälle, welche mich darin eine gewisse Regelmässigkeit des Verlaufs erkennen und den Eiterungsvorgang unreiner Wunden als Oxydationsprocess auffassen liess, eine Ansicht, die wohl wenig Widerspruch finden möchte.

Es wäre in der That sehr zu wünschen, dass einer von den geschickten Männern, welche jetzt mit so grossem Erfolge die zoochemische Seite der Physiologie bearbeiten, sich dieses Gegenstandes einmal recht annehmen wollte. Die Chirurgie ist der älteste Theil der Heilkunst, ihre Objecte sind sehr zugänglich, sie hat deshalb sehr dringende Ansprüche an diesen interessanten Theil der modernen Naturforschung.

Die Expulsion der Wundsecrete und fremden Körper.

Sie ist bei offenen Wunden erforderlich, um den Heilungsprocess möglich zu machen, nicht aber bei

organisch verschlossenen Wunden, welche dem atmosphärischen Sauerstoffe keinen Zugang verschaffen. In diesen wird nicht bloss Blut und Serum, sondern oft auch Eiter resorbirt und fremde Körper von geeigneter Beschaffenheit, Kugeln, Glassplitter etc. kapseln sich auf bekannte Weise ein.

Bei der Expulsion des Eiters sind verschiedene Potenzen wirksam.

1) Der Widerstand der umgebenden weichen Theile. Dieser macht sich oft schon geltend während der Bildung der ersten serösen Exsudate, welche theilweise aus den Wundöffnungen abfliessen, zum grossen Vortheil der Wunde selbst. Deshalb vereinigt man grosse und tiefe Wunden, z. B. Amputationswunden nicht vollständig, sondern lässt an dem abhängigsten Puncte eine Spalte, aus der sich wenig oder viel seröses Wundsecret entleert. So geringfügig auch dessen Quantität mitunter erscheint, so wenig gleichgültig ist doch dessen völlige Zurückhaltung. Ich habe mich überzeugt, dass A. Cooper im Allgemeinen Recht hat, wenn er räth, die Wunden bei complicirten Fracturen nicht zuzunähen und zuzukleben, sondern mit Charpie in Blut getaucht zu schliessen. Dieses schwache Klebemittel löst sich, sobald von innen Secrete andringen. Näht und klebt man die Wunde mit Pflaster zu, so bringt die Zurückhaltung geringer Mengen Serum eine erysipelatöse Anschwellung der Umgegend der Wunde hervor und kann den ersten Grund zur tieferen Eiterbildung geben. Indess kann man das, was Cooper wollte, durch nasse Compressen noch besser erreichen.

Während einer weiter verbreiteten entzündlichen

Reaction in der Umgegend der Wunde vermindert sich der Tonus der Gewebe und stellt sich erst dann wieder in normaler Weise ein, wenn, nach vollständiger Entwicklung der Eiterung, die Entzündung ihre locale Krise gemacht hat und der Druck des angehäuften Eiters dadurch grösseren Widerstand findet. Der Eiter wird dadurch nach aussen gedrängt und zwar dahin, wo er den geringsten Widerstand findet. Bei Schusswunden ist dies vorzüglich die Eingangsöffnung, diese eitert am stärksten und längsten, die Ausgangsöffnung, an welcher die weichen Theile im Allgemeinen eine viel geringere Quetschung erlitten hatten, schliesst sich eher.

Obgleich auch bei Schusswunden der Eiter oft Neigung zeigt, dem Gesetze der Schwere zufolge, sich seine Ausgänge zu suchen, so kann man doch bei diesen gerade am häufigsten beobachten, dass letzteres sehr wenig mit den Puncten zu schaffen hat, wo der Eiter zum Vorschein kommen will. Es ist offenbar die Contraction der in der Umgegend der Wunde liegenden Weichgebilde, welche darüber entscheidet. Deshalb entstehen die Eiterdurchbrüche und sogenannten Eitersenkungen oft ganz dem Gesetz der Schwere entgegen. Ich hatte kürzlich einen glücklich verlaufenden Fall von pyämischer Abscedirung des rechten Ellenbogengelenks zu behandeln, wo das ganze Kapselband von Eiter ausgedehnt war, so dass eine gleichmässige Fluctuation zu beiden Seiten und über dem Olecranon, so wie in der Gegend des Köpfchens des Radius Statt fand. Ich überliess, wie ich dies jetzt immer in ähnlichen Fällen thue, die Eröffnung der Natur. Wie dies meistens geschieht, erfolgte der erste Aufbruch in der Nähe des Köpfchens

des Radius, also bei horizontaler Lage des Arms am höchsten Puncte. Nachdem hier ein grosser Theil des Eiters abgeflossen war, näherte sich der Triceps wieder mehr dem Humerus und theilte die Eiterhöhle in 2 grosse Hälften, welche in einigen Tagen nicht mehr mit einander communicirten. Jede der beiden Seitenhälften theilte sich später noch in mehrere Abtheilungen, so dass im Ganzen 5 Oeffnungen entstanden, ehe die Eiterung völlig erlosch und die Heilung mit Anchylose erfolgte. Auf ähnliche Weise verhält es sich oft mit den auf Schusscanäle folgenden weiter verbreiteten Eiterungen. Sie bahnten sich nicht dahin den Weg, wo man dies dem Gesetz der Schwere nach erwarten sollte, sondern wohin die Contraction der Muskeln und des Zellstoffs sie treibt. Dies hat man wohl zu beachten, wenn es sich darum handelt, die Ausleerung des Eiters zu begünstigen. Natürlich sucht man dem Gliede eine Lage zu geben, welche den Abfluss des Eiters am tiefsten Puncte begünstigt, aber nicht selten sieht man sich in seinen Erwartungen getäuscht, indem sich ein Muskel vor die Oeffnung legt oder andere innere Hindernisse für den Abfluss eintreten, auf die man nicht gerechnet hat.

2) Die Senkung des Eiters, seiner Schwere nach, steht deshalb billig erst in zweiter Linie. Man muss immerhin erst beobachten, ob der Eiter nach dem tiefsten Puncte gravitire. Thut er dies nicht, so sind Gegenöffnungen, Wiecken und Haarseile ohne allen Nutzen, während die Gegenöffnungen den entschiedensten Vortheil gewähren, wenn der Eiter nach einem bestimmten Puncte hingetrieben wird.

3) Die Contraction der neugebildeten Gefässe, welche

die innere Oberfläche der Wunde bedecken. Diese tritt, wie die Beobachtung von offenen unreinen Wunden lehrt, erst dann ein, wenn die Reinigung der Wunde vollständig ist; eine kleine Stelle mit anhängendem mortificirten Gewebe kann die Verkleinerung der ganzen Wunde lange Zeit hinhalten und erläutert dadurch sehr schön den schädlichen Einfluss, welchen faulende animalische Theile auf die Vegetation der Zellen äussert. Ist diese Reinigung erfolgt, so fangen die Granulationen an, sich in toto zusammenzuziehen und treiben nicht bloss den Eiter, sondern auch fremde Körper aus. Ein Schusscanal mit zwei Oeffnungen, dessen Ausgangsöffnung sich schliesst, stellt auf diese Art einen Trichter dar, dessen Mündung die Eingangsöffnung ist, welcher bei fortschreitender allseitiger Contraction der Fleischwärzchen immer kürzer und enger wird, bis zuletzt nur die Eingangsöffnung in der Haut vorhanden ist. Es ist dabei in Bezug auf die Schnelligkeit der Heilung ziemlich gleichgültig, ob die Eingangsöffnung am tiefsten oder höchsten Puncte liegt, es würde daher sehr falsch sein, die Ausgangsöffnung gewaltsam offen zu erhalten, wenn dort der Eiter seiner Schwere nach leichter abziehen könnte. Wenn keine andere Hindernisse vorhanden sind, so treibt ihn die Contraction der Wunde eben so gut am höchsten Puncte heraus.

Diese Hindernisse können in den fremden Körpern bestehen, deren Ausleerung oft grosse Schwierigkeiten macht, besonders weil man die schädlichsten derselben, wie Tuchstücke, nicht leicht durch das Gefühl in einer eiternden Wunde zu erkennen vermag. Der Eiter macht sie flott und man erkennt sie mit dem Gesicht an der

Mündung der Wunde. Die festen fremden Körper sind leichter mit der Sonde zu erkennen und hindern auch die Contraction der Wunde viel weniger.

Nach dem im Vorhergehenden auseinandergesetzten durchläuft die Schusswunde folgende Stadien:

1) Das der Erschütterung; nicht immer vorhanden, meistens von sehr kurzer Dauer und unbestimmtem Einflusse auf den Verlauf.

2) Das der ersten Anschwellung durch seröse Infiltration der Umgebung des Wundcanals; sehr verschieden in seinem Eintritte nach den Verhältnissen, dem Transporte, Verbande, durch frühzeitige Ruhe und Antiphlogose sehr zu beschränken. Ausfluss blutigen Serums vom zweiten oder dritten Tage an, der bei kalten Umschlägen kaum merklich ist.

3) Das unvermeidliche Stadium der Wundreinigung durch Eiterung, am vierten oder fünften Tage beginnend, von ganz unbestimmter Dauer, welche im Allgemeinen von der Schwierigkeit der Reinigung abhängig ist.

4) Die Heilung, von der Mitte des Wundcanals anfangend und den Canal trichterförmig nach beiden Seiten verkleinernd bis zur vollständigen Vernarbung, welche zuerst an der Ausgangsöffnung Statt findet.

5) Ein Stadium vorübergehender Functionsstörung des verletzten Theils, nach Schliessung der Wunde.

6) Beendigung des ganzen Processes mit oder ohne Damnum remanens (Invalidität).

Accessorische Einwirkungen auf den Verlauf der Schusswunden.

Diese sind 1) mechanische Einflüsse, 2) diätetische, 3) constitutionelle, 4) endemische, 5) epidemische, 6) locale.

1) Mechanische Einflüsse. Diese bestehen besonders in der Art des Transports und in dem mechanischen Theile der ärztlichen Behandlung. Je kürzer und schonender der Transport ist, desto bessere Resultate kann man bei gefährlichen Verwundungen hoffen. Blutungen, Schmerz, entzündliche Infiltration, Erschöpfung der Kräfte, werden durch einen schonungslosen, langen Transport begünstigt. In dieser Beziehung sind diejenigen am besten daran, welche an Bord eines Schiffs, gewissermassen zu Hause verwundet und verpflegt werden, deshalb haben auch die Schiffsärzte so gute Erfolge von den Amputationen grosser Gliedmassen gehabt. Mit der Erhaltung von Gliedern mit Schussfracturen würde es, der schwankenden Bewegung des Schiffes wegen, schon bedenklicher aussehen. In nächster Reihe kommen diejenigen, wo das Schlachtfeld ganz in der Nähe grosser, wohl eingerichteter, Lazarethe liegt. In unseren Feldzügen hat Niemand so gute Resultate von den Amputationen grosser Gliedmassen gehabt, als Langenbeck nach der Schlacht von Schleswig, wo der Kampf ganz in der Nähe der Gebäude Statt fand, deren herrliche Räume später zur Aufnahme der Verwundeten dienen mussten. Je weiter zu Lande, ohne Eisenbahnen, auf holprigen Wegen und Wagen ohne Federn der Transport Statt finden musste,

desto schlechter wird der Ausgang schwerer Verletzungen. Die Benutzung der Eisenbahnen nimmt dem Transporte zu Lande einen grossen Theil seiner Gefährlichkeit und schon deshalb wird es für die Folge unerlässlich, die grössern Lazarethanstalten mit Eisenbahnen in Verbindung zu setzen. Festungen sind meistens in hygienischer Beziehung sehr übel gelegen und angelegt. Es wäre daran zu denken, dass man an wichtigen Knotenpuncten der Vertheidigungsbasis eines Landes, welche sich durch gesunde Lage auszeichnen, schon im Voraus Gebäude ins Leben riefe, die während des Kriegs als Lazarethe dienen können. Mit der Zeit wird es gewiss dahin kommen.

Noch schonender vielleicht als der Transport auf Eisenbahnen ist der zu Schiffe in ruhigen Gewässern. Wir haben nur einmal davon profitiren können, um Verwundete auf der Eider, von Delve nach Rendsburg, zu transportiren. Die dänische Armee konnte davon einen sehr ausgedehnten Gebrauch machen, durch einen ununterbrochenen, gut organisirten Dienst, für welchen eigne Aerzte angestellt waren, welche die Convois begleiten mussten, eine Einrichtung, welche Nachahmung verdient, weil auch zur Leitung solcher Transporte Erfahrung nöthig ist. Das gewöhnliche Verfahren dabei ist, dass die Verwundeten in grossen tiefen Booten untergebracht werden, welche von einem Dampfschiffe ins Schlepptau genommen werden.

Die chirurgisch-mechanischen Schädlichkeiten bestehen in wiederholten rohen Untersuchungen und unzweckmässigen Verbänden.

2) Diät. Wer die Diät eines Kranken nicht den

Umständen nach zu bestimmen weiss, sollte sich überhaupt nicht für einen Arzt halten. Deshalb sind allgemeine Discussionen über die bei Verwundeten nöthige Diät für Aerzte gewiss überflüssig, aber den Patienten ist es nicht immer leicht einleuchtend zu machen, dass ihnen, in der ersten Zeit nach erhaltener Wunde, eine nahrhafte Kost nicht dient. Unsere Verwundeten schrieben die dünnen Suppen, mit denen sie Anfangs gewöhnlich regalirt werden, der Habsucht der Oeconomen zu, und ein Militairarzt in Altona hielt es, nach der Schlacht von Fridericia, für nöthig, durch die Zeitungen bekannt zu machen, dass schmale Kost den frisch Verwundeten von den Aerzten verordnet sei. Es ist übrigens nicht zu übersehen, dass, wenn man den Verwundeten später eine zu nahrhafte Kost erlaubt, die Constitution ihre Reaction dagegen an der Wunde selbst häufiger, als in den Verdauungswerkzeugen zu erkennen giebt, das heisst, das Aussehen der Wunde verändert sich dabei eher zum Nachtheil als das der Zunge.

3) Constitutionsfehler verschlechtern die Prognose in sehr verschiedener Weise; geht der Heilungsprocess der Wunde ohne lebhafte Reactionserscheinungen vor sich, so kommt der Fehler gar nicht zum Hervortreten, kann sich dann aber nach vollständiger Vernarbung deutlicher entwickeln. Ich habe Leute mit constitutioneller Syphilis gesehen, bei denen die Wunden heilten, wie bei völlig gesunden, nachher kamen dann wieder syphilitische Symptome zum Vorschein. Leute aus tuberculösen Familien überstehen oft schwere Verwundungen, aber einige Zeit nach ihrer Heilung kommen die Zeichen der Lungentuberculose zum Vorschein. Eine

Wunde ist in Bezug auf die Begünstigung der Tuberkel-Erweichung lange nicht so gefährlich, als eine längere fieberhafte Krankheit. Hauptmann v. P., der letzte Sprössling einer Familie, welche an Lungenschwindsucht zu Grunde gegangen war, erhielt bei Missunde einen oberflächlichen Schuss durch beide Oberschenkel an der Vorderseite. Seine Wunden heilten ohne Schwierigkeiten. In der Reconvalesconcenz exponirte er sich zu früh durch Theilnahme an Lustbarkeiten und wurde von dem in Kiel sporadisch herrschenden Typhus in leichtem Grade befallen. Er überstand auch diesen glücklich, aber die Reconvalescenz zögerte, wurde rückgängig, und er starb nach langen Leiden unter Husten und Durchfällen. Es zeigte sich, dass die Typhusgeschwüre ihrer Heilung nahe gewesen, sich dann aber mit einem tuberculösen Anfluge von Exsudat bedeckt hatten. In den Lungen crude und erweichte Tuberkeln, die indess nicht ausgedehnt genug waren, um für sich den Tod zu motiviren. Hier hätte die Wunde das Leben gewiss noch Jahre lang fortbestehen lassen, wenn nicht der Typhus dazugekommen wäre.

Von grösserer Bedeutung als diese einzeln vorkommenden Fälle von Complication einer Wunde mit Constitutionsfehlern, sind die allgemeiner verbreitete Verschlechterung der Constitution eines ganzen Heeres durch Strapazen und schlechte Nahrung und die in ihrem Gefolge auftretenden Krankheiten, welche einen mörderischen Effect auf die Verwundeten haben können. Ich habe darüber jedoch aus eigener Erfahrung nichts zu berichten. Die Verpflegung des Heeres war jeder Zeit vortrefflich und die Strapazen nicht übermässig. Der

an einem ungewöhnlich heissen Tage erfolgte Eilmarsch in das Herzogthum Schleswig hatte viele hundert leichte Erkrankungen durch Erhitzung und Ermüdung, so wie einige Todesfälle durch Hirn- oder Lungen-Apoplexie zur Folge, übte aber keine bleibende Wirkung.

John Hennen bemerkt, dass alle Diejenigen, welche sich wegen Heilung von Wunden oder inneren Krankheiten längere Zeit beim Depot befunden hatten, als sichere Beute des Todes in der Armee betrachtet worden wären, im Falle einer neuen Verwundung. Im Allgemeinen kann man wohl annehmen, dass eine schwere Krankheit oder Verwundung für den ganzen Feldzug unfähig mache. Bei den Officieren hat der Arzt sehr oft zu kämpfen mit der kriegerischen Ungeduld der Reconvalescenten, von Neuem am Kampfe Theil zu nehmen, so dass ich nach eigenen Erfahrungen annehmen muss, dass die Gesetze überflüssig oder schädlich sind, welche dieses Streben allzu sehr begünstigen.

4) Die endemischen Verhältnisse in ihrer Rückwirkung auf Verwundete zu studiren, hat es an Gelegenheit gefehlt. Die Ost- und Westküste der Herzogthümer unterscheiden sich freilich sehr wesentlich in ihrem endemischen Charakter, indem an der Ostküste die entzündlichen, an der Westküste die intermittirenden Krankheiten vorherrschen, aber der Krieg wurde fast nur an der Ostseite geführt. Sehr bemerkenswerth war es übrigens, dass auch die Ostküste bei nicht Eingebornen die kalten Fieber hervorrief, während die Eingebornen, deren Milz durchschnittlich übrigens viel grösser ist, als im Innern von Deutschland, davon grössten Theils verschont blieben. Wenn man übrigens die Schrif-

ten der Militairärzte zu Rathe zieht, welche unter verschiedenen Himmelsstrichen gedient haben, so scheint es, dass im Allgemeinen der Verlauf der Wunden in südlicheren Ländern günstiger ist. Baudens, der in dieser Beziehung die Erfahrungen vergleichen konnte, welche er in Frankreich und in Algier gemacht hatte, spricht sich darüber mit grosser Bestimmtheit aus. Aber wie viel ist dabei auf Rechnung einer in wärmeren Ländern leichteren Ventilation, wie viel auf andere Umstände zu schieben, z. B. auf die geringere Zahl der Verwundeten bei einem Kriege, wie der in Algier, welcher höchstens mit den Vorpostengefechten europäischer Kriege verglichen werden kann, auf die weniger andauernde Benutzung derselben Localitäten? u. s. w.

Während Guthrie und andere englische Militairärzte in Portugal und Spanien während des Krieges mit den Franzosen die schönsten Resultate bei schweren Verwundungen erlebten, hat Alcock Statistiken aus dem Bürgerkriege mitgetheilt, welche sehr niederschlagende Sterblichkeitsverhältnisse darbieten. Da indess die meisten Militairärzte den Eindruck behalten haben, dass in wärmeren Klimaten die Heilung schwerer Wunden leichter von Statten gehe, so ist gewiss etwas Wahres daran, aber im Grossen ist es nicht bewiesen worden und genaue Nachforschungen darüber wären wünschenswerth. Ein sonderbares Product der Ansicht, dass die Wunden in höherer Temperatur leichter heilen, war die vor einigen Jahren in Paris versuchte Incubations-Methode, nach welcher man z. B. Amputationsstumpfe in eine Art Brütofen steckte. Sie scheint spurlos wieder verschwunden zu sein.

Nach meiner persönlichen Erfahrung ist das warme

Wetter den Verwundeten unseres Klimas dadurch viel günstiger als das kalte, weil es erlaubt, eine fast unbegränzte Ventilation eintreten zu lassen.

Keinem Zweifel unterworfen sind die nachtheiligen Einflüsse bedeutender Temperaturschwankungen. Am verderblichsten zeigen sich diese in den Tropenländern, wo kühle Nächte auf heisse Tage folgen, durch die Häufigkeit des Wundstarrkrampfes, der so geneigt ist, sich selbst zu unbedeutenden Verletzungen zu gesellen, dass man von Westindien lieber nach Europa reist, um sich eine Hydrocele operiren zu lassen. Dem mildernden Einflusse, welchen in unsern Gegenden die Nähe der See auf die Temperaturschwankungen ausübt, schreibe ich es zu, dass in allen drei Kriegsjahren der Tetanus selten war und auf 400 Verwundete etwa ein Fall kam.

Bedeutende Veränderungen der Temperatur scheinen nur auf solche Verwundete wenig Einfluss zu üben, welche in dem Verlaufe des Zustandes keine besondere Unregelmässigkeiten zeigten, aber ihre Einwirkung ist sehr wesentlich auf sehr schwache Kranke und auf solche, die unter dem Einflusse des pyämischen Miasmas stehen, ohne bereits an Pyämie zu leiden. Diese sowohl, als auch die an Pyämie Leidenden, zeigen, wie sie fast in jeder andern Hinsicht eine gesteigerte Sensibilität verrathen, auch gegen auffallende Witterungsveränderungen eine grosse Empfindlichkeit. Sie fiebern sogleich stärker und ihre Wunden verändern sich. Mitunter ist es eine erethische Beschaffenheit, welche sie annehmen, indem sie mehr schmerzen, und röthere, stellenweise sich mehr erhebende, Granulationen zeigen, mitunter werden sie trocken oder bedecken sich mit

einem leichten diphtheritischen Exsudate. Dergleichen Veränderungen kommen manchmal gleichförmig bei allen Kranken vor, welche in demselben Saale liegen, in einem andern Krankensaale sind die Veränderungen der Wunde dann wohl wieder anders, so dass man deutlich erkennt, es ist nicht die Temperaturveränderung allein, welche dies bewirkt, sondern diese, unter dem Einflusse anderer Potenzen.

5) Epidemien können die Zahl der Verwundeten bedeutend decimiren, wenn sie pestartig um sich greifen*). Dies ist bei uns nicht geschehen, die Cholera allein hat unter den Verwundeten gegen 20 Todesfälle veranlasst, indem sie leichter und schwerer Verletzte ohne Unterschied befiel. Durch Anlegung von Cholera-lazarethen hörte dies auf. Blattern, Scharlach und Masern kamen nur sporadisch vor, so auch der Typhus, von dem einige Verwundete, meistens zur Zeit der Vernarbung ihrer Wunden befallen wurden. Sehr merkwürdig

*) Confer. Medic. pract. Abhandlungen von deutschen in Russland lebenden Aerzten 1835. pag. 133. Nach dem Abzuge des Hauptquartiers aus Adrianopel waren am 1. November 1829 daselbst 6000 Russen, Gesunde und Kranke, zurückgeblieben. Von diesen liess die Pest nur gegen 900 am Leben, welche im Mai 1830 nach Russland zurückkamen. Unter den genannten 6000 waren 4700 Patienten, die übrigen Krankenwärter und Bedeckungsmannschaft. Mehr als 300 graduirte Aerzte waren in den beiden Feldzügen der Russen gegen die Türken von 1828 und 1829 ein Opfer der Pest (pag. 45). Im Frühjahr 1828, wo ich mich am Ende meiner Studien in London befand, hatte ich Lust, diese Feldzüge mitzumachen, wurde aber abgeschreckt durch die von dem russischen Gesandten erhaltene Nachricht, dass junge Aerzte mit Unterofficiersrang angestellt würden.

ist es bei den von dieser Krankheit ergriffenen Verwundeten, wie wenig das Aussehen und der Heilungsprocess der Wunden davon afficirt wird. Man sieht eiternde Wunden oder Bubonen dabei heilen, alo ob die Constitution intact wäre. Ich habe dies kürzlich in Kiel mit grosser Ruhe beobachten können, bei einem jungen Manne, welchem durch Platzen eines Gewehrs der linke Humerus dicht über dem Ellenbogengelenk zerschmettert worden war. Dieser wurde zu einer Zeit, wo seine Wunde in der Heilung schon grosse Fortschritte gemacht hatte und die Fragmente des Humerus schon wieder Zusammenhang zeigten, von dem epidemisch herrschenden Typhus befallen, der ihn sehr herunter brachte, ohne die Fortschritte der Heilung wesentlich aufzuhalten oder die Qualität des Eiters oder der Granulationen bedeutend zu alteriren. Man würde indess sehr unrecht haben, dies als einen Beweis dafür anzunehmen, dass beim Typhus keine veränderte Blutkrase Statt finde; bei unzweifelhaft constitutionell Syphilitischen, deren Blut vergiftet ist, kann man ja etwas Aehnliches beobachten, indem ihre Wunden wie bei Gesunden heilen. Es gehört aber noch etwas anderes dazu, ausser veränderter Blutkrase, um die Localisation des Typhusprocesses zu begründen. Ganz falsch aber erscheinen die Ansichten Derer, welche Typhus und Spitalbrand für identische Krankheiten halten. Hennen hat sich bereits dagegen erklärt, und meine Beobachtungen an typhuskranken Verwundeten führen mich zu derselben Ansicht. Wo es sich um vereinzelte Fälle handelt, ist es schwer zu sagen, ob Verwundete in der Reconvalescenz den Typhus durch Ansteckung erworben haben, aber verschiedene

Fälle, die ich erlebt habe, scheinen mir zu beweisen, dass dieselben eine grössere Empfänglichkeit für das Contagium haben, als andere Reconvalescenten, so dass sie sich den Typhus holen, wo allem Anschein nach die contagiöse Form noch gar nicht besteht. Man sollte daher die von schweren Wunden Genesenden ja sorgfältig von den Typhuskranken entfernt halten.

6) Locale Schädlichkeiten. Wer Gelegenheit gehabt hat, mehrere Lazarethe oder ein einziges grosses zu dirigiren, oder längere Zeit zu beobachten, weiss, dass jedes Lazareth, ja fast jedes Krankenzimmer seine eigene hygienische Constitution hat. Ja sogar einzelnen Betten, die durch ihre Stellung besonderen Schädlichkeiten ausgesetzt sind, kann man dieselbe vindiciren. Prof. Pirogoff erzählte mir bei einem Besuche in Freiburg, dass in Petersburg in allen an der Newa gelegenen Spitälern, bei eintretendem Thauwetter, der Scorbut ausbreche. In München hatte ich einen Krankensaal, in welchem Verwundete fast immer von Erysipelas heimgesucht wurden. Im Kieler Friedrichsspitale ist ein Bett, in dem fast alle darin liegenden von Katarrh oder Rheumatismus befallen werden. In der Regel lässt sich die grössere oder geringere Salubrität der für Kranke benutzten Localitäten leicht erklären, aus dem Grade der Ventilation, Wärme, Feuchtigkeit und Capacität. Indess manchmal entgehen doch die Ursachen der Insalubrität dem Scharfsinne des Beobachters, und die alten Uebel zeigen sich wieder, wenn man ihre Quellen verstopft zu haben glaubte. Vor einigen Jahren wurde das St. George's Hospital in London, welches, gut gelegen, gar nicht so übel zu sein schien, seiner Insalu-

brität wegen niedergerissen. Das neue zweckmässiger eingerichtete, soll aber doch auch an dem alten Uebel, Häufigkeit erysipelatöser Entzündungen, leiden. Manche Schäden lassen sich indess beseitigen. In Freiburg hatte ich erst dann constant glückliche Resultate meiner Staaroperationen, als ich in den für dieselben bestimmten Zimmern eine sehr wirksame Ventilation eingerichtet hatte, welche ich dem dortigen Leichenhause entlehnte.

Man sucht gewiss oft die Ursachen dieser Insalubrität da, wo sie nicht liegen, in dem Gebäude und nicht in der Art der Benutzung. Eine absolute oder relative Ueberfüllung ruft immer wieder die alten Schäden hervor. Mit der Berechnung des cubischen Inhaltes eines Zimmers ist es da nicht abgethan, ein einziger Patient, mit einer brandigen, jauchenden Wunde oder Pyämie behaftet, kann in wenigen Tagen die Veranlassung geben, dass die Wunden sämmtlicher mit ihm in demselben Saale liegenden Patienten ein übles Aussehen bekommen. Dergleichen kann man im Kriege am besten kennen lernen, weil man da immer vergleichen kann zwischen dem Verlaufe der Wunden der in Privatquartieren liegenden Officiere und der in grösserer Zahl beisammen liegenden Mannschaft, so wie zwischen den Resultaten, welche neue, noch nicht vorher benutzte, mässig gefüllte Räume, ohne am Brande leidende Patienten geben, im Gegensatze zu überfüllten, lange benutzten Lazarethen. Die daraus resultirenden Schädlichkeiten treten bei ungünstigem Wetter und weiter verbreiteten endemischen oder epidemischen Schädlichkeiten stärker hervor und werden dann einzig auf deren Rech-

nung geschrieben. Dies geschieht besonders in Civilspitälern, in denen sich eine stationaire Insalubrität ausbildet, welche allen Krankheitsprocessen eine gewisse Färbung giebt und die Aerzte vollkommen täuscht über die wahren Ursachen schlechter Erfolge. Wenn das Kindbettfieber ein halbes Jahrhundert lang in einer Anstalt geherrscht und sich, den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen gemäss, bald mehr, bald weniger mörderisch gezeigt hat, so wird die Schuld bald auf den Genius epidemicus, bald auf die ungewaschenen Hände der Practicanten geschoben und die wahre Ursache nicht berücksichtigt, das, immer von neuem, durch fehlerhafte Benutzung der Räume sich erzeugende Miasma. Es ist mir ein kleines, sehr mittelmässiges Gebärhaus bekannt, dessen früherer Director sich vergeblich alle mögliche Mühe gab, durch bauliche Veränderungen, Ventilation, Desinfection der Effecten, das Kindbettfieber abzuhalten. Seinen Nachfolgern gelang dies sehr leicht ohne alle Neuerungen in der Einrichtung, indem sie bloss die Aufnahme etwas beschränkten und gelegentlich Schwangere ausquartirten. In dieser Beziehung ist eine Bemerkung von Pirogoff von Interesse. Es ist bekannt, dass die Russen ihre Sommer- und Winterspitäler haben, von denen die letzteren im Sommer leer stehen und einer gründlichen Reinigung unterworfen werden. Diese Reinigung schützt aber nur 2, 3 Monate gegen die Rückkehr pyämischer Erscheinungen, welche dann in ihrer alten Heftigkeit zum Vorschein kommen. Dieses System der Sommer- und Winterspitäler ist also nicht nachahmenswerth, und steht nach meiner Erfahrung der Methode der barmherzigen Schwestern in München

nach, welche die Kranken beständig in neue Säle nachrücken lassen, so dass der neu Ankommende nicht in ein so eben verlassenes Bett gelegt wird, sondern in das auf den zuletzt angekommenen Patienten folgende. Auf diese Weise machen die Patienten einen fortwährenden Turnus durch sämmtliche Säle, von denen eine gewisse Zahl immer der Reinigung und Lüftung unterworfen wird. Dieses System scheint mir das einzig richtige zu sein, und man sollte darauf dringen, es überall ausführbar zu machen. Es ist dazu nothwendig, ein Drittheil mehr Betten als der höchste Krankenstand zu haben. Es liegt etwas Wahres in Horn's Aeusserung, dass die Erfolge eines Krankenhauses nicht von der Geschicklichkeit seiner Aerzte, sondern von der Lage und übrigen Salubrität desselben abhängen. Der Arzt soll aber nicht bloss Recepte schreiben, sondern die Sorge für Salubrität der Krankenzimmer zu einer seiner Hauptaufgaben machen. Mein lieber College Baumgärtner in Freiburg drückte einen ähnlichen Gedanken, wie der von Horn, viel schöner so aus: In allen Fällen, wo ich keine entschiedenen Indicationen zum ärztlichen Handeln finde, verlasse ich mich auf die reine Luft und die vortreffliche Lage unseres Krankenhauses!

Folgen accessorischer Schädlichkeiten bei Verwundeten.

Die oben erwähnten, auf den Verlauf der Wunden einwirkenden Schädlichkeiten geben vorzüglich die Veranlassung zur Entstehung folgender Reactionserscheinungen: 1) Excessive primäre Entzündung, 2) Excessive

secundäre Entzündung, 3) Erysipelas verum, 4) Erysipelas phlegmonosum, 5) Pyämie, 6) Hospitalbrand.

1) Excessive primäre Entzündung. Man kann wohl behaupten, dass diese vorzüglich den mechanischen Schädlichkeiten zugeschrieben werden müsse. Wenn Verwundete ohne Schonung weit transportirt werden, besonders mit zu festen Verbänden, so schwillt die Umgegend der Wunde frühzeitig und bedeutend an, eine Erscheinung, welche sich regelmässig unter denselben Umständen oft bei vielen Verwundeten wiederfindet. Dies kann so weit gehen, dass zwischen der ersten Reaction, welche die Folge der Verletzung selbst ist, und der zweiten, welche, nach meiner Ansicht, die Folge der Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten und zertrümmerten Gewebe ist, kein bemerkbarer Nachlass der entzündlichen Erscheinungen eintritt. Anschwellung, Schmerzen, Röthe, Hitze, Fieber steigern sich fortwährend bis zum Uebergange in Eiterung oder Brand. Dieser Verlauf ist keineswegs der gewöhnliche. Wenn die Verwundeten frühzeitig in Ruhe kommen, so vermindert sich, selbst ohne energische Antiphlogose, die zuerst entstandene Entzündungsgeschwulst und tritt erst nach einiger Zeit wieder stärker hervor. In 48 Stunden ungefähr erreicht die primäre Wundreaction ihre Acme, indem der Ausfluss aus der Wunde theils durch Zuschwellen ihrer Ausgänge, theils durch verminderte Secretion von Wundfeuchtigkeit grössten Theils aufhört. Es kann alsdann bis gegen den vierten oder fünften Tag ein Nachlass aller entzündlichen Erscheinungen eintreten, bis die Umgegend der Wunde von neuem etwas mehr aufschwillt. Mit dem Eintreten der deutlichen Eiterbildung lässt diese

zweite Reaction, namentlich bei Schusswunden, nicht gleich nach, sondern steigert sich oft noch lange, je nachdem die Wunde mehr oder weniger bedeutend, oder complicirt ist.

Auf diese Termine der Reactionserscheinungen übt nun die Behandlung einen wesentlichen Einfluss. Ruhe und antiphlogistische Behandlung vermindern nicht bloss die Heftigkeit der ersten entzündlichen Reaction, sondern rücken den Termin der bei Schusswunden unvermeidlichen zweiten oft sehr weit hinaus. Mit Hülfe von Eisumschlägen kann man letztere auf eine Art verschieben, deren Gränzen man eigentlich noch nicht kennt, weil dieser Gegenstand noch nicht mit der nöthigen Ruhe und Consequenz geprüft worden ist.

Bei der Behandlung von complicirten Knochenbrüchen wird dies Mancher bereits beobachtet haben. Man macht, der entzündlichen Anschwellung wegen, kalte Umschläge, glaubt, dieselbe damit gründlich bekämpft zu haben, lässt die Kälte weg, aber nun entsteht eine neue Röthe und Anschwellung, die eine ausgebreitete Eiterung verkündigen, welche durch fortgesetzte Anwendung der Kälte noch länger hinausgeschoben, aber nicht völlig vermieden sein würde.

2) Excessive secundäre Wundentzündung. In ihrer Erscheinung unterscheidet sich die secundäre Wundentzündung von der ersten dadurch, dass sie mit einer dunkleren Röthe der Umgebungen der Wunde verbunden ist, mit Fieberbewegungen, welche sich durch einen Frostanfall, oder Neigung zum Frösteln auszeichnen, durch Störung der Verdauung, Zungenbeleg. Diese Erscheinungen, welche die erheblichsten sind, deuten

am meisten die wahre Ursache dieser secundären Entzündung an, nämlich das Eindringen septischer Feuchtigkeiten von der Wundoberfläche in die lebenden Gewebe und deren Gefässe. Die dunklere Färbung der entzündlichen Röthe beweist schon den höheren Grad von Blutstase und davon abhängende Desoxydation des Bluts, Neigung zum Frost und Gastricismus beweisen das Eindringen septischer Fluida in das ganze Blut. Bei einem mässigen Grade dieser secundären Wundreaction bildet sich an der Gränze der absterbenden Wundoberfläche eine fibrinöse Verdichtung des Parenchyms, welche dem weiteren Eindringen der septischen Feuchtigkeiten eine gewisse Gränze setzt. Diese Absperrung zerfallender Theile des Organismus von den übrigen misslingt in vielen Fällen, wo sie möglicher Weise hätte gelingen können, und zwar vorzugsweise aus zwei Ursachen: 1) weil die Masse zertrümmerter organischer Theile und Wundfeuchtigkeiten zu gross ist, wenn man sich zum Beispiel nicht bemüht hat, die Aufsaugung eines Theils der Wundfeuchtigkeiten in den ersten Tagen herbeizuführen. Da man diejenigen Theile zu amputiren pflegt, bei denen eine zu weit gehende Zertrümmerung Statt gefunden hat, so kommt in practischer Beziehung besonders die Verminderung der resorptionsfähigen Wundfeuchtigkeiten in Betracht. 2) weil durch allgemeinere Einflüsse die Mischung des Bluts so verändert worden ist, dass Gerinnungen in den Gefässen, besonders den Venen, in grossem Umfange und leichter zu Stande kommen und die plasmatischen Exsudate in der Umgebung der Wunde zur Zersetzung mehr geneigt sind. Leider bedarf es zur Entstehung dieser eigenthümlichen Blut-

krase keiner anderen Bedingungen, als der Zusammenhäufung von Verwundeten und es folgt die daraus entstehende pyämische Complication des Verlaufs der Schusswunden in neuster Zeit so sehr den kämpfenden Heeren, dass es Aerzte giebt, welche sie für eine natürliche Folge der Schusswunden an sich halten, was sie keineswegs ist, obgleich die Schusswunden, durch ihre unreine Beschaffenheit, dazu mehr Anlass als andere bieten. Die Complication mit der pyämischen Krasis ist es aber, welche die secundäre Reaction vorzüglich zu steigern pflegt. Man muss nur nicht ihre Symptome immer in der Haut oder dem subcutanen Zellgewebe suchen, hier fehlen sie häufig bei tief eindringenden Wunden, indem sie den intermuscalaren Zellstoff und die Knochen vorzugsweise zu ihrem Sitze gemacht haben.

Um den Einfluss verstehen zu können, welchen die pyämische Blutkrasis auf die Wundreaction ausübt, thut man am besten, zwei Amputirte zu vergleichen, von denen der eine in reiner Luft allein liegt, der andere in einem pyämisch inficirten Lazarethe. Die Läsion ist hier vollkommen bekannt, es handelt sich um eine reine Wunde, in welcher nur die unterbundenen Gefässe einer Abstossung bedürfen. Beide Wunden heilen durch die erste Intention, bis auf die Stellen, wo die Ligaturen liegen. Bei dem in reiner Luft liegenden beschränkt sich der Abstossungsprocess der Ligaturen auf eine kaum merklich wieder auftretende Schwellung und eine unbedeutende Wiedereröffnung der Wunde in der Nähe der Ligaturen, diese stossen sich ab und die Wunde heilt. Unter dem Einflusse der Pyämie schwillt, früher oder später, oft erst gegen den eilften Tag die Wunde stärker

auf, die geheilten Stellen öffnen sich von Tage zu Tage mehr und gestatten die Einsicht in eine unreine Wundfläche, die Lymphdrüsen und Lymphgefässe der Nachbarschaft schwellen auf und werden empfindlich gegen Druck, was denn oft für Zeichen von Phlebitis gehalten wird. Endlich hat sich die ganze Wunde wieder geöffnet und meistens stirbt der Patient unter den diffusen Erscheinungen der Pyämie. Hier sind es nicht die unbedeutenden, durch Unterbindung ihrer Vitalität beraubten Gewebe, welche zu so traurigen Zufällen den Grund legen, es ist das in den getrennten Venen stockende Blut, es sind die plastischen Exudate, welche die Narbe bilden sollten, die der Zersetzung anheimfallen und das tödliche Ferment liefern.

3) Erysipelas verum. Die gallige Rose ist ein häufiger, unwillkommener Gast in Civilspitälern und deren chirurgischen Stationen. Man sollte glauben, dass sie auch in Kriegslazarethen häufig sein müsse, und ist erfreut, dies nicht zu finden. Dr. Beck, der seine Erfahrungen in Italien gesammelt hat, sagt dies auch. Der Grund kann darin liegen, dass man es in Civilspitälern häufiger mit Wunden und Geschwüren zu thun hat, welche fast nur die Haut in Anspruch nehmen, während in den Kriegsspitälern tief eindringende Wunden, welche durch die anatomische Läsion schon andere Reactionserscheinungen bedingen, vorherrschen. Indess kann auch die Verschiedenheit der Constitutionen, welche in Civil- und Militair-Lazarethen in Betracht kommen, von Einfluss sein. In den ersten handelt es sich häufiger um kränkliche, schlecht genährte Individuen.

4) Erysipelas phlegmonosum. Das phlegmonöse Erysipelas ist offenbar eine Krankheit sui generis, zu deren Entstehung es gar keiner Wunde bedarf, die man indess wohl Erysipelas traumaticum nennt, wenn sie sich zu Wunden gesellt. Sie ist ausgezeichnet durch schnelle Ausbreitung, wie bei der gewöhnlichen Rose, von der sie sich durch die tiefe Röthe, die heftigen Fieberbewegungen und die entschiedene Neigung zur diffusen Zellgewebseiterung unterscheidet. Gesellt sie sich zu Wunden, so ist ihre Verbreitung nicht durch die anatomische Läsion bedingt. Sie zieht von der Wunde aufwärts gegen den Rumpf oder peripherisch abwärts. Trotz dem, dass sie hohe Lebensgefahr bedingt, ist sie doch ein mehr localer Process, der keinesweges auf Pyämie beruht oder dieselbe nothwendig in ihrem Gefolge hat. Sie scheint zu ihrer Bildung eines entzündlichen Krankheitsgenius zu bedürfen und ist in unserer Zeit, wo dieser nicht herrscht, seltner geworden, als dies in meiner Jugend der Fall war. Ich habe im Felde nur einen einzigen Fall davon nach einer Fleischwunde des Arms beobachtet, welcher pyämisch tödtlich verlief. Diese Seltenheit des phlegmonösen Erysipelas nach Schusswunden wird mancher nicht zugeben, der dabei die excessiven Reactionen deshalb für phlegmonöses Erysipel hält, weil sie sich über einen grossen Umfang verbreiten und zur Eiterbildung geneigt sind. Aber es ist ein eben so grosser Unterschied zwischen diesen Zuständen, wie zwischen den Pusteln, welche durch Brechweinstein und denen, die durch Pockengift entstehen. Die Wundreaction wird in ihrer Ausdehnung bedingt durch die anatomische Läsion, das traumatische

Erysipelas nicht, weil es anderen Gesetzen folgt. Ich würde auf diese Unterscheidung nicht so grossen Werth legen, wenn ich nicht bemerkt hätte, dass die Annahme, es handle sich bei der excessiven traumatischen Reaction um ein phlegmonöses Erysipel, viele deutsche Aerzte zu einer übertriebenen Anwendung von antiphlogistischen Einschnitten vermochte. So lange sich diese überhaupt durch Antiphlogistica vermeiden lässt, kann es bei der einfachen traumatischen Reaction meistens auch ohne Einschnitte geschehen.

5) Pyämie, traumatische Dyskrasie. Einer der ersten Schriftsteller über Schusswunden, der unvergleichliche Ambroise Paré, (Oeuvres complètes par Malgaigne, Vol. II. pag. 140) schildert bereits die Zustände, welche wir gegenwärtig mit dem Namen Pyämie belegen, auf folgende Weise. Der betreffende Aufsatz ist vom Jahre 1564.

Bei den erforderlichen Aderlässen, welche man in diesem Jahre gemacht hat, sowohl bei Jungen als bei Alten, verwundeten oder nicht verwundeten Leuten, von guter oder schlechter Constitution, fand man das Blut verdorben, von weisser oder grünlicher Farbe; dies fand ich auch so in den letzten Feldzügen und bei andern Gelegenheiten, wo man mich rief, um Verwundete zu heilen oder zur Ader zu lassen, sowohl prophylaktisch als auch in Krankheiten auf Anordnung der Aerzte; bei allen ohne Unterschied fand ich das Blut faulig und verdorben. Dem zufolge ist es mehr als wahrscheinlich, dass die Weichtheile des Körpers krankhaft ergriffen und der ganze Körper kakochymisch war, da dessen Nahrung,

das Blut, faulig war, wie die Luft. Daraus folgt, dass Verwundete schwer zu heilen waren, weil der vorhandene Substanzverlust nicht durch die erforderliche Regeneration ausgeglichen werden konnte und die Wundärzte, wegen der bedeutenden Kakochymie, weder mit Medicamenten, noch mit Operationen etwas ausrichten konnten. So wie bei einem Wassersüchtigen die Regeneration der weichen Theile nicht zu Stande kommt, weil das Blut zu kalt und wässerig ist, so wie bei einem an Elephantiasis Leidenden die weichen Theile in ihrem verdorbenen Zustande verharren, weil sie von einem schlechten Blute getränkt werden, so kann auch die Heilung der Wunden nicht in kakochymischen Körpern zu Stande kommen; wenn in einer Wunde gute Granulationen zu Stande kommen sollen, so muss die Quantität und Qualität des Blutes entsprechend und der verletzte Theil natürlich constituirt sein. An allen diesen Bedingungen fehlte es zur Zeit der letzten Kriege; man darf sich daher nicht wundern, wenn die Wunden, selbst wenn sie an sich nicht bedeutend waren, und keine edlen Theile betrafen, oft üble Zufälle und den Tod zur Folge gehabt haben. Die Beobachtung unzähliger Wunden hat mich über diesen Gegenstand aufgeklärt. Der Geruch, den die Wunden meiner Patienten von sich gaben, war von der Art, dass die Umstehenden ihn kaum aushalten konnten. Man soll nur ja nicht glauben, dass dies von Unreinlichkeit, zu seltenen Verbänden oder Mangel des Erforderlichen gekommen sei, die üble Beschaffenheit der Wunden kam eben so gut bei Prinzen und grossen Herren, wie bei gemeinen Soldaten vor. Blieb einmal eine Wunde durch Zufall einen Tag unverbunden, so fand

man sie abscheulich stinkend und voll von Maden. Aber das Schlimmste war, dass sie alle Aposteme (Ablagerungen) an verschiedenen Stellen des Körpers bekamen, die mit der Wunde nichts zu schaffen hatten. War die Wunde z. B. an der rechten Schulter, so kam das Apostem wohl am linken Knie, war die Wunde am rechten Bein, so konnte das Apostem am linken Arm zum Vorschein kommen, wie dies mit dem verstorbenen Könige von Navarra der Fall war, mit Herrn von Nevers und Herrn von Rendon und fast alle andern. Die Constitution schien so überladen mit schlechten Säften, dass sie sich derselben nicht in der Wunde allein entledigen konnte, sie schickte einen grossen Theil davon an andere offene oder verborgene Stellen, denn wenn die Aposteme nicht zu Tage lagen, fand man sie in inneren Organen, wie in der Leber, in den Lungen oder der Milz. Aus denselben verdorbenen Säften entwickelten sich Gasarten, welche durch ihre Wirkung auf das Herz ein anhaltendes Fieber, durch ihren Einfluss auf das Gehirn Delirien, Bewusstlosigkeit und zuletzt den Tod herbeiführten. Dieser Zufälle wegen waren die geschicktesten Chirurgen nicht im Stande, die Bösartigkeit der Wunden zu bezwingen. Man tadle deshalb nicht diejenigen, welche sich damit beschäftigt haben; kann man doch nicht gegen Gott selbst ankämpfen, der uns oft die Ruthen seiner himmlischen Gerechtigkeit durch eine pesterfüllte Luft fühlen lässt. Nach dem Ausspruche des alten göttlichen Hippokrates, dass gequetschte Wunden auf dem Wege der Eiterung geheilt werden müssen, haben wir gehandelt, aber es hat uns nichts geholfen, wegen der üblen Zufälle, die eine ver-

dorbene Luft verursachte. Wer kann uns darüber gerechte Vorwürfe machen? Die Noth hat uns gezwungen, unser Verfahren zu ändern und anstatt der die Eiterung befördernden Mittel andere anzuwenden, um damit die zu Schusswunden sich gesellenden üblen Zufälle zu bekämpfen.

Die meisten späteren Schriftsteller über Kriegschirurgie machen ihre Bemerkungen über die ungewöhnlichen Zufälle, welche in überfüllten Spitälern und bei besonderen Krankheitsconstitutionen unter Verwundeten vorkommen, indess muss man schon bis auf Guthrie (Ueber Schusswunden, übersetzt von Spangenberg, p. 86) hinabgehen, um so prägnante Bemerkungen zu finden, wie sie Paré vor 300 Jahren machte. Der grosse John Hunter, welcher die Phlebitis kannte und bereits die Vermuthung aussprach, dass die dabei zuweilen vorkommenden tödtlichen Zufälle dem Eintritte des Eiters in die Circulation zuzuschreiben sein möchten, erwähnt mit keiner Sylbe solcher ungewöhnlichen Zufälle in seiner Abhandlung von den Schusswunden, obgleich dieselbe das Resultat eines Feldzuges war, und man aus seinen zaghaften Rathschlägen in Betreff der operativen Eingriffe erkennt, dass die Pyämie unter seinen Patienten gehaust haben möge. Man kann dies den Militairärzten nicht sehr übel nehmen, sind doch die Vorsteher von Gebärhäusern, die doch mit der gehörigen Behaglichkeit beobachten können, zum Theil bis auf den heutigen Tag nicht klüger gewesen. Sie haben immer noch nicht Respect genug vor dem endogenen Miasma ihrer Institute und machen es noch wie Paré, der dem lieben Gott die Schuld giebt.

Es war unserer Zeit vorbehalten, die Bahn zu brechen in diesem für die Heilkunst so wichtigen Gegenstande und besonders waren es die klinischen Arbeiten von Dance und Arnott, so wie die vortrefflichen Experimente von Günther in Hannover, welche ihm zuerst die allgemeinere Aufmerksamkeit zugewendet haben. Man kann wohl behaupten, dass die gröbere pathologische Anatomie desselben bereits vollendet dastehe, und die feinere ihrer baldigen Erledigung entgegen sehe. Etwas anderes ist es mit der Therapie und besonders mit der viel höher anzuschlagenden Prophylaxis. Alles, was sich darauf bezieht, sollte mit der grössten Aufmerksamkeit verfolgt werden. Die Herrschaft der Pyämie schliesst alle reine Beobachtung über Wundreaction und chirurgische Eingriffe aus. Es sind die unter dem Einflusse der Pyämie gemachten Beobachtungen mit chemischen Analysen zu vergleichen, welche mit unreinen Reagentien gemacht worden sind. Da ausserdem, im Kriege wenigstens, die meisten heilbaren Verwundeten, welche in den Lazarethen sterben, an Pyämie zu Grunde gehen, so giebt es eigentlich gar keinen wichtigeren Gegenstand in der ganzen chirurgischen Pathologie, im Kriege wie im Frieden und für die gerichtliche Medicin. Man wird es doch endlich begreifen, wie die Gefahr einer Körperverletzung ausser aller Berechnung erhöht wird durch Behandlung der Verwundeten in einem inficirten Lazarethe! —

Bei meinem ersten Eintritt in die academische Laufbahn, als ich die Direction der Klinik in Erlangen übernahm, wurde ich sogleich auf die eigenthümlichen Wirkungen der mit Eiterdünsten geschwängerten Luft

einer chirurgischen Station aufmerksam gemacht. Ausser zahlreichen operativen Fällen kamen durch den Bau des Donau-Main-Canals viele complicirte Fracturen vor. Ausserdem fand ein grosser Zudrang von Verkrümmten Statt. Ich machte bei den in der Klinik aufgenommenen Klumpfüssigen die unangenehme Erfahrung, dass nach Durchschneidung der Achillessehne die äussere Wunde freilich, wie gewöhnlich, durch erste Intention heilte, dass aber am vierten oder fünften Tage sich der Raum zwischen den getrennten Enden mit Eiter füllte, welcher nicht resorbirt wurde, sondern einen Einschnitt erheischte. Ich hatte in der Stadt, zum Theil in einem Hause vereinigt, ein Menge ähnlicher Patienten, bei denen die subcutane Heilung wie gewöhnlich von Statten ging. Von einem epidemischen Einflusse konnte also keine Rede sein. Die subcutane Eiterbildung ohne deutlich auftretende Entzündung musste also von den localen Einflüssen des Krankenhauses abhängig sein. Für die Klumpfüssigen war diese Eiterbildung kein grosses Unglück, sondern verlängerte nur ihre Kur um einige Wochen. Diese Erfahrungen von Eiterbildung bei subcutanen Wunden habe ich schon vor Jahren mitgetheilt, aber bis jetzt hat sie Niemand bestätigt, so wichtig sie auch sind. Ich kann dies nur einem Mangel an Aufrichtigkeit zuschreiben. Ihre Wichtigkeit besteht besonders in Anwendung derselben auf verwandte Zustände. Wenn man Tausende von Tenotomien ohne Eiterbildung machen kann und in einem gewissen Lazarethe gehen alle solche Wunden in Eiterung über, so müssen die Einflüsse des Spitals daran Schuld sein. Wenn nach Nadeloperationen bei Kataracten unerwartete Eiterbil-

dungen vorkommen, so denke man zunächst an die verdorbene Luft des Spitals, in dem man operiren muss. Weder durch Eis noch durch Blutentziehungen kann man, unter solchen Umständen, das erreichen, was man wünscht, keine destructive Reaction gegen eine subcutane Operation; Lüftung, Reinigung und schwächere Belegung der Zimmer sind es, worauf es hier ankommt.

Es ist deshalb auch gar nicht gut, bei Staaroperirten allzu ängstlich in der Abhaltung des Lichts zu sein, denn ohne besondere Ventilation hält man mit dem Lichte zugleich die Luft ab. Was ich im ersten Jahre der Direction eines Spitals erlebte, enthielt die Mahnung, diesem Gegenstande eine grössere Aufmerksamkeit zu schenken, als ihm nach allem, was ich in verschiedenen Ländern gesehen hatte, bis dahin zu Theil geworden war. Die auffallenderen Nachtheile der Luft in deutlich überfüllten Spitälern kannte man wohl, aber die weniger handgreiflichen Folgen einer anscheinend gar nicht vorhandenen Ueberfüllung hatte man nicht beachtet und thut es bis auf den heutigen Tag nicht hinreichend; man trotzt auf die Vortrefflichkeit des Lazareths, die sich doch nur aus ihren Resultaten ergeben kann. Der Maassstab für die Güte eines Lazareths kann nur darin gefunden werden, wenn dasselbe ebenso gute Resultate, wie die Privatpraxis erzielt. Lazarethärzte müssen deshalb auch Privatpraxis treiben, sonst geht ihnen der Maassstab für ihre Leistungen verloren.

Einfluss des Eiterdunstes auf Gesunde und mit Wunden oder Geschwüren Behaftete.

Obgleich in einer chirurgischen Station verschiedenartige Effluvien vorkommen, so kann man doch ohne Bedenken die im Nachfolgenden erwähnten Vorfälle dem Eiterdunste zuschreiben, weil sie nur in solchen Krankenzimmern vorkommen, in welchen stark eiternde Kranke liegen, oder gelegen haben. Ihr Auftreten folgt oft so schnell dem Hinzukommen eines mit bedeutender Eiterung Behafteten, dass man hier über Ursache und Wirkung nicht in Zweifel sein kann.

1) Bei gesunden Krankenwärtern und Aerzten ist in guten Civilspitälern der Einfluss des Eiterdunstes so gering, dass er keine Beachtung findet. In Kriegswundlazarethen dagegen tritt er deutlich genug hervor.

Blasse Gesichtsfarbe, Mattigkeit, belegte Zunge, Appetitmangel oder Neigung zu scharfen Speisen und Reizmitteln, Druck in den Präcordien, Neigung zum Schweiss, sind die hervorstechenden Erscheinungen, welche eine Affection der gastrischen Organe verrathen, die sich mitunter durch spontanes Erbrechen oder Diarrhöe Luft macht oder zum Gebrauche von Brech- oder Digestivmitteln Anlass giebt, die indess wenig helfen, wenn nicht der Genuss der frischen Luft hinzukommt. Dergleichen Anfälle habe ich selbst ein paar Mal gehabt. Bei schon vorhandenem Bronchial- oder Magenkatarrhe nehmen diese Zustände einen höheren Grad von Hartnäckigkeit an und verbinden sich zuweilen mit unregelmässigen Frostanfällen, welche durch Digestive nicht regelmässig werden und sich durch Chinin nicht

coupiren lassen, sondern nur der temporären Entfernung aus dem Lazarethe weichen und doch leicht Recidive machen, wenn diese nicht lange genug dauerte. Dies Vorkommen von unregelmässigen Frostanfällen habe ich unter andern bei einigen jungen Aerzten beobachtet, welche unter meinen Augen erkrankten und genasen, nachdem sie dem pyämischen Miasma höheren Grades besonders exponirt gewesen waren.

2) Ueber den Einfluss des Eiterdunstes auf subcutane Wunden habe ich oben bereits berichtet, nach Erfahrungen bei Tenotomien und Nadeloperationen. In beiden Fällen zeichnet sich der eiterbildende Process aus durch das Fehlen seiner gewöhnlichen Vorläufer, der entzündlichen Schmerzen. Nach der Tenotomie heilt die Hautwunde so fest zu, dass der darunter in beträchtlicher Menge sich ansammelnde Eiter sie nicht immer wieder zu öffnen vermag, mitunter öffnet sie sich wieder aber so unvollkommen, dass man sich, nach vergeblichen Versuchen der Zertheilung durch kalte, oder der Maturation durch warme Umschläge genöthigt sieht, einen hinreichenden Einschnitt zu machen. Da in allen von mir beobachteten Fällen die äussere Wunde sich auf gewöhnliche Weise durch erste Intention schloss, so giebt dieser ganze Vorgang ein gutes Beispiel einer inneren Eiterbildung unter dem Einflusse einer mit Eiterdünsten geschwängerten Luft; anstatt der Bildung von Zellen, die sich später zu Fasern organisiren, kommt es zur Bildung von Eiterzellen, welche keiner weiteren Organisation fähig sind.

3) Bei oberflächlichen leichten Wunden und Geschwüren, wo grössere Gefässe unbetheiligt blieben,

erzeugen die Effluvien chirurgischer Abtheilungen 1) anhaltende Eiterungen an der verletzten Stelle, welche eine sehr langsame Heilung bedingen oder letztere erst gestatten, wenn der Patient in reinere Luft kommt, verlegt wird, oder ausgeht. 2) Gastrisches Erysipelas unter Mitwirkung von Witterungseinflüssen, welche gastrische Katarrhe begünstigen. 3) Hospitalbrand.

4) Bei tiefer eindringenden Wunden, wobei grosse Gefässe verletzt sind, 1) das phlegmonöse Erysipelas, unter Verhältnissen, welche rheumatisch entzündliche Leiden begünstigen, Ostwind, Zugluft, reizende Localbehandlung.

2) Die Pyämie. Obgleich diese bei exquisiter Disposition oder sehr entwickeltem Miasma auch zu den leichtesten Verletzungen sich gesellen kann, so sind es doch vorzüglich tief eindringende Wunden in der Nähe der Centralorgane des Kreislaufs, welche ihr Entstehen begünstigen. In den Civilspitälern sind es besonders die Kopfverletzten, die Amputirten und die mit complicirten Fracturen und Luxationen Behafteten, welche ihr ausgesetzt sind. In den Kriegslazarethen alle mit Schussfracturen in der Nähe des Rumpfes oder am Rumpfe selbst.

Die Formen, unter denen sich die traumatische Dyskrasie darstellt, sind so verschieden, dass es sehr schwer hält, dieselben unter allgemeinere Gesichtspuncte zu bringen. Es ist vielleicht am richtigsten, dieselben mit den verschiedenen Stadien der Wundreaction in Verbindung zu bringen, um so mehr, da diese Eintheilung zusammenfällt mit den verschiedenen Graden der Gefährlichkeit und Acuität des Verlaufs. Daraus ergiebt sich folgende Eintheilung.

1) Peracute Blutzersetzung, vor dem Eintritte der Eiterung.

2) Acute Pyämie, beim Eintritte der Eiterung.

3) Subacute Pyämie, welche erst eintritt, nachdem die Wunde anfangs ein vollkommen günstiges Verhalten gezeigt hatte, z. B. wenn ein Amputationsstumpf durch erste Intention bereits zugeheilt war.

4) Chronische Pyämie, welche aus der subacuten hervorgeht, wenn dieselbe nicht bald tödtlich wurde, oder selbstständig in den späteren Stadien des Verlaufs einer Wunde zum Vorschein kommt.

Diese Scala giebt zugleich einen Anhaltspunct für die Beurtheilung des Einflusses, welchen die Läsion und welchen das pyämische Miasma an der Entstehung der traumatischen Dyskrasie gehabt haben. Je acuter der Verlauf, desto bedeutender war in der Regel die Wunde. Indess giebt es davon Ausnahmen, indem manchmal grosse Wunden erst später Pyämie erregen; der umgekehrte Fall, dass kleinere Wunden acute Pyämie erzeugen, ist viel seltener. In diesen Beziehungen muss bemerkt werden, dass man nur den einen Factor, die Wunde klar vor Augen habe, der andere, das Miasma hat sich bisher unseren Reagentien entzogen, und wird erst aus seinen Wirkungen auf den thierischen Organismus erkannt, ist daher gewöhnlich keiner genaueren Schätzung unterworfen, da jeder gewissenhafte Arzt, wenn er irgend kann, augenblicklich ein Krankenzimmer räumen lassen wird, in welchem bei Verwundeten Todesfälle vorkommen, welche nicht in der Natur der Wunde allein begründet waren.

1. Peracute Blutzersetzung.

Wenn man das Wesentliche des Zustandes, um den es sich hier handelt (Pyämie), als Blutzersetzung auffasst, so kann man wenig Bedenken tragen, auch diejenigen Fälle dahin zu rechnen, wo der Process so rasch verläuft, dass es zur Eiterbildung nicht kam.

Nach einer schweren Verletzung hat sich der Patient von den Erschütterungszufällen erholt, die Circulation ist wieder regelmässig geworden, das Bewusstsein und das Gefühl sind völlig, oder grössten Theils, zurückgekehrt, es tritt nun eine mehr oder weniger stürmische Reaction ein, mit grosser Beschleunigung des Pulses und grosser Hitze, Congestionen gegen innere Organe, besonders Gehirn und Lungen, eine dunkle Röthe bedeckt das Gesicht und deutet auf Erschwerung des kleinen Kreislaufs, der Patient wird sehr unruhig, wälzt sich manchmal hin und her, ohne seiner Wunde zu gedenken, der Puls, welcher anfangs härtlich sein konnte, wird schneller und weicher, Gelbsucht, Delirien kommen hinzu, Lähmungserscheinungen in inneren Organen, Lungenlähmung, fuliginöse Zunge, paralytisches Erbrechen und Durchfall in einzelnen Fällen, und der Tod erfolgt im Sopor am dritten oder vierten Tage. Die Wunde zeigt ein verschiedenes Verhalten, manchmal lebhafte Reaction durch Geschwulst und Hitze, manchmal wenig, mitunter treten die Erscheinungen der Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten sehr deutlich hervor. Die Wunde hat ein brandiges Aussehen und Gasentwickelung findet in ihrer Umgebung Statt. So habe ich z. B. nach einer penetrirenden Kniegelenkswunde, mit Zertrümmerung des

äusseren Condylus femoris, am dritten Tage das Kapselband mit Gas gefüllt getroffen. Nach 24 Stunden schon erfolgte der Tod. Bei einer complicirten Fractur am Unterschenkel sah ich am dritten Tage bereits Emphysem bis zum Poupartischen Bande hinauf. Bei der Autopsie findet man rasch fortgeschrittene Fäulniss, mitunter Gas in den Gefässen, alle Organe mehr oder weniger blutreich, erweicht und leicht zerreissbar, Ergüsse in den serösen Säcken, Todtenflecke und andere Hypostasen; vorzüglich mit Blut überfüllt sind die Lungen, das rechte Herz und das Gehirn, ebenso Leber und Milz, deren Umfang vermehrt ist.

Bei Betrachtung dieses Krankheitsbildes geräth man in Zweifel, ob man diese Zufälle nicht mehr von einer Affection des Nervensystems als des Blutes ableiten solle. Ohne Zweifel hat die Quetschung und Zerreissung vieler Nerven, wie sie bei grossen zerrissenen und gequetschten Wunden vorkommt, einen wesentlichen Antheil an den Unordnungen im Kreislaufe, welche den Zustand bis zum Tode bezeichnen. Wir finden etwas Aehnliches bei ausgedehnten Verbrennungen, so wie bei Fracturen der Wirbelsäule, mit Quetschung und Zerreissung des Rückenmarkes. Aber man erinnere sich nur, dass wenn die Fractur nicht an den oberen Halswirbeln Statt findet, der Tod selten unter den ersten Congestiv-Erscheinungen erfolgt, sondern dass diese sich durch einige Aderlässen und kühlende Mittel beschwichtigen lassen, dass die Circulation wieder vollkommen normal wird und der Tod endlich aus anderen Ursachen zu erfolgen pflegt, nämlich durch Anämie oder brandigen Decubitus. Diese furchtbaren Zertrümmerungen des

Rückenmarks sind fast immer subcutane Verletzungen, die Luft gelangt nicht zu den Wundfeuchtigkeiten und so fehlt hier der eine Factor, die Blutzersetzung, von der Wunde ausgehend, während die vom Nervensystem ausgehenden Störungen des Kreislaufs vorhanden waren. Nach dem Gefechte bei Missunde sah ich einen Soldaten, dem eine Kanonenkugel Fibula und Tibia bis ins Kniegelenk hinein subcutan zertrümmert hatte. In diesem Falle wurde durch Eisumschläge der Patient in einem Zustande erhalten, der das Beste hoffen liess, bis am zwölften Tage der behandelnde Arzt ein grosses in partieller Eiterung befindliches Blutextravasat an der Aussenseite des Gliedes geöffnet hatte. Erst dann traten Frostanfälle und andere Symptome der acuten Blutzersetzung ein, welche einen schnellen Tod zur Folge hatten.

Folgender Fall, welchen mir Dr. Bartels mittheilte, möchte vielleicht geeignet sein, neue Untersuchungen zu veranlassen über die Art und Weise, wie bei der peracuten Blntzersetzung die Infection des Blutes zu Stande kommt. Nach der Schlacht bei Colding kam ein junger Mann nach Christiansfelde, dem durch einen Schuss in den Arm die Brachialarterie verletzt worden war. Auf dem Schlachtfelde hatte man ein Tourniquet fest genug angelegt, um den arteriellen Blutstrom zu unterbrechen. Der Patient war noch bei guten Kräften, als Dr. Bartels ihm das tief einschneidende Tourniquet abnahm. Dies war kaum geschehen, als der Patient umsank und todt war. Der Tod konnte hier durch Hinströmen des Bluts in den Arm schon erfolgen, es ist indess möglich, dass zugleich von dem längere Zeit ein-

gesperrt gewesenen Blute etwas in das Herz gekommen sei und dort seine tödtliche Wirkung geäussert habe. Dieser Fall ermuntert zu Experimenten über solche künstliche Blutstagnationen bei offenen Wunden. Es wäre möglich, dass die in schwer verletzten Gliedern während des anfänglichen Darniederliegens des Kreislaufs stockenden Säfte eine Veränderung erlitten, wodurch sie, später wieder beweglich geworden, eine Alteration der ganzen Blutmasse hervorbrächten.

2. Acute Pyämie.

Es sind besonders Verwundete mit Schussfracturen der Diaphysen und Gelenke, von kräftiger Constitution, welche nach langen beschwerlichen Transporten schon mit sehr angeschwollenen Wunden in die Lazarethe kommen, welche dieser Form unterliegen, und zwar um so leichter, wenn sie im Stadio der entzündlichen Wundreaction der Amputation unterworfen wurden. Bei kühlender antiphlogistischer Behandlung kann die Geschwulst und Schmerzhaftigkeit ihrer Wunden wieder abnehmen, indess nur auf kurze Zeit, sie stellt sich bald wieder ein, ist oft mit ödematöser Infiltration des ganzen Gliedes verbunden, nicht selten mit Blutaustretungen in dem verletzten Gliede, wodurch dasselbe den Gliedern ähnlich wird, an denen ein phlegmonöses Erysipelas im Entstehen ist, zuweilen mit Erhebungen der Epidermis in Blasenform; in andern Fällen beschränkt sich die entzündliche Reaction mehr auf die nächste Umgebung der Wunde und entzündliche Anschwellung der Lymphgefässe. Vom vierten, häufiger fünften Tage an, wo unter günstigen Verhältnissen ein leichtes Frösteln den

Eintritt der Eiterung angedeutet haben würde, tritt ein heftiger Frostanfall ein, der mit Hitze und Schweiss endigt und selten noch einmal ein erträgliches Befinden wieder aufkommen lässt, indem der Puls und die Respiration sehr beschleunigt bleiben. Nach 24 Stunden, oder schon früher, erfolgt ein zweiter, der den Kranken noch elender hinterlässt. Dieser wird nicht selten tief ikterisch gefärbt, bekommt die Erscheinungen eines pleuritischen Exsudats, Schmerzen und Ergiessungen in einzelnen Gelenken und stirbt nach dem dritten oder vierten Frostanfalle schon, im Sopor, nachdem die Geisteskräfte immer mehr, unter Delirien oder Coma, abgenommen haben.

Die Autopsie zeigt den Zusammenhang dieses Zustandes mit dem vorhergehenden, der peracuten Blutzersetzung, indem in einzelnen rasch tödtlich verlaufenden Fällen dieselben cadaverischen Erscheinungen wahrgenommen werden, aber unterscheidet sich vorzüglich durch das Vorhandensein der lobulären Lungeninfarcte, begränzter Hepatisationen des Lungengewebes in Gestalt von Keilen, deren Basis gegen die Brustwandungen gerichtet sind, an der Oberfläche der Lunge, in der Tiefe von rundlicher Form. Von dem früheren oder späteren Eintritte des Todes hängt es ab, ob man diese bereits eiterhaltig findet oder nicht. In Fällen, wo sich ein bedeutendes pleuritisches Exsudat findet, kann man bei genauer Untersuchung der Oberfläche der Lungen gewöhnlich dessen Ursache entdecken in einem durch die Lungenpleura geplatzten lobulären kleinen Abscesse, der seinen Inhalt in das Cavum pleurae ergoss und dadurch die Pleura zu ihrer raschen Exsudation disponirte, die

man freilich nicht auf ähnliche Weise produciren kann, wenn man bei gesunden Thieren Eiter in die Pleurahöhle injicirt. Bei Pyämischen ist der kleine Kreislauf schon wesentlich beeinträchtigt und die Pleura dadurch ohnehin zu Exsudationen geneigt gemacht. In den Venen des verletzten Gliedes wird man nie die Gerinnungen, wohl aber oft die Eiterbildung vermissen, während sie in den Lungen bereits eingetreten ist.

Bei dieser acuten Form gehören Heilungen zu den allergrössten Seltenheiten, ich kann mich nicht erinnern, eine einzige gesehen zu haben.

3. Subacute Pyämie.

Diese Form, wo die Pyämie erst zum Vorschein kommt, nachdem die Wunde längere Zeit ein ganz normales Verhalten zeigte und die besten Hoffnungen zu rechtfertigen schien, war bei uns die bei weitem häufigste. Fast alle in Folge von Amputationen Gestorbenen sind ihr erlegen. Sie ist auch diejenige Form, welche in Civillazarethen gewöhnlich vorkommt. Sie erscheint selten vor dem Ende der ersten Woche; nachher aber giebt es keinen Zeitpunct bis zur völligen Verheilung der Wunde, wo sie nicht vorkommen könnte, wodurch ihre Abgränzung von der chronischen Form schwer wird, wenn man nicht auf das gute Befinden Rücksicht nimmt, welches den schlimmen Zufällen vorhergeht, was bei der chronischen Form fehlt. Nach vollständiger Verheilung der Wunde habe ich keinen daran leiden sehen. Mit der chronischen Form kann man sie nicht zusammenwerfen, weil sie, trotz ihres späteren Auftretens, doch oft sehr acut verläuft, wenn

auch nicht so acut, wie die vorige Form. Ich erinnere mich keines Falls, wo der Tod schon nach dem dritten oder vierten Frostanfalle eingetreten wäre. Zu der chronischen Form kann sie übergehen und hat mit ihr manche klinische Kennzeichen gemein.

Sie hat häufig ihre Vorläufer, verändertes Aussehen, Mattigkeit, Abmagerung, Appetitlosigkeit, beschleunigten Puls, Neigung zum Schweiss. Nicht immer erfolgt die Invasion mit einem Frostanfalle, mitunter sind ein starkes Gallenerbrechen und andere gastrische Erscheinungen die ersten auffallenden Zufälle, ohne alle bemerkbaren Frostanfälle, welche dann oft erst mehrere Tage später kommen. In zwei tödtlichen Fällen kamen gar keine Frostanfälle vor, sondern ein Stunden lang anhaltendes Schluchzen. Die Frostanfälle haben anfangs oft einen Typus, welcher zu Verwechslung mit Intermittens verleitet, besonders da die Wunde nicht selten, bis kurz vor dem Tode, ihre Beschaffenheit nicht verändert. Die Regelmässigkeit der täglichen Frostanfälle hört aber gewöhnlich am dritten oder vierten Tage auf, die Anfälle kommen unregelmässiger und häufiger, Respiration und Puls werden immer mehr beschleunigt, Hüsteln findet Statt, pleuritisches Exsudat bildet sich, bei Verletzungen des Arms fast ohne Ausnahme an der verletzten Seite.

Schmerzlose Ablagerungen auf ein oder mehrere Gelenke kommen bei dieser Form vor, während sie bei der acuten gewöhnlich sehr schmerzhaft sind. Obgleich die gastrischen Erscheinungen bei dieser Form sehr oft hervorstechend sind, so werden die Patienten doch nicht so oft ikterisch wie bei der acuten Form. Die

Patienten sehen, wenn sie nicht gerade, nach dagewesenem Froste, heiss werden, blass, erdfarbig aus. Der Tod erfolgt meistens innerhalb einer Woche unter immer häufigeren Frostanfällen, trockener Zunge, Delirien, Sopor.

Bei der Autopsie findet man weniger Ueberfüllung innerer Organe mit Blut, lobuläre Abscesse und Infarcte fehlen fast nie in der Lunge; in Leber und Milz, dem Gebiete des Pfortadersystems, sind sie selten. Ausser einzelnen Gelenkablagerungen fehlen auch meistens die übrigen Ablagerungen im Gebiete des grossen Kreislaufs. Der Tod scheint vorzüglich durch die Lungen vermittelt zu werden; Blutungen aus der Wunde, von denen bereits früher in dem Capitel von den phlebostatischen Hämorrhagien die Rede war, können denselben beschleunigen. Besonders wichtig bei der Autopsie ist der Umstand, dass man bei genauer Untersuchung nie die jauchende Stelle vermissen wird, von der aus ein scharfes Secret in die Säftemasse eingedrungen ist. Man muss nur nicht zu oberflächlich in seiner Untersuchung zu Werke gehen; oft, ja gewöhnlich ist freilich die ganze Wunde mehr oder weniger im Zustande der Verjauchung, nicht selten aber ist es nur ein einzelner Punct, eine Stelle, wo ein fremder Körper liegt, eine Kugel, ein Stück Zeug, Ligaturen, ein gebrochener oder abgesägter Knochen, welche allein Verjauchung zeigt, während der Rest der Wunde gut aussieht. Dies ist begreiflich, denn die üble jauchende Beschaffenheit der Wunde ist das Secundäre, nur von Stagnation in den Venen herrührend. Von dieser jauchenden Stelle aus kann man dann den Weg verfolgen, welchen Coa-

gula und Eiter oder Jauche bis zu den grossen Venen, der Jugularis interna, subclavia oder Iliaca interna genommen haben. Es ist eine bekannte Sache, dass wenn diese grossen Venen, oder die ihnen zunächst an den Extremitäten gelegenen, bei Operationen geöffnet werden, mitunter Luft hineindringt. Es ist also wohl nicht der mindeste Zweifel vorhanden, dass die Inspirationsbewegungen ihre Saugkraft auch auf diese Venen ausdehnen. Dieser Einfluss der Saugkraft des Thorax kann sich noch weiter erstrecken, wenn die Umgebungen der grossen Venen, der Axillaris oder Cruralis, durch entzündliche Anschwellung starr und weniger compressibel für den Luftdruck geworden sind. Daraus erklärt es sich wohl, dass sowohl die Coagula als auch der Eiter von den Venen der Extremitäten oft nur bis an den Rumpf hinreicht und das Blut dann wieder flüssig erscheint, weil von diesem Puncte an Gerinnungen nicht so leicht zu Stande kommen können. In Betreff der Beschaffenheit der Venen selbst findet man die grössten Verschiedenheiten, selbst in ein und demselben Falle. An einer Stelle kann eine grosse Vene deutliche Spuren der Entzündung an sich tragen, Imbibitionsröthe der innern Häute, Verdickung der Cellulosa, Klaffen beim Durchschneiden, an einer zweiten graue oder grünliche Färbung der inneren von Jauche getränkten Venenhäute, welche auf brandiges Absterben deutet, an einer dritten erscheint die Textur der mit Blutgerinnsel angefüllten Vene nicht verändert, ein Befund, der ganz an das Verhalten der Gelenke erinnert, in denen eitrige Ablagerungen Statt gefunden haben, welche manchmal die deutlichsten Erscheinungen von Entzündung, durch

fibrinöse Auflagerungen und Injection der Synovialmembran, darbieten, in andern Fällen gar nicht.

4. Chronische Pyämie.

Wenn die subacute Form in die chronische übergeht, so werden die Frostanfälle seltener und das Befinden bessert sich im Allgemeinen, wie der Zustand der Wunde. Diese Besserung kann so bedeutend sein, dass man den Kranken für gerettet hält, nachdem manchmal eine Woche, oder länger, kein Frostanfall mehr vorgekommen ist. Nicht selten wird diese Hoffnung zu Schanden, eine plötzliche Veränderung des Wetters, ein Diätfehler, die stärkere Belegung des Krankenzimmers, eine unvermeidliche Operation, welche mit der Wunde vorgenommen werden musste, die Erweiterung derselben, die Ausziehung eines fremden Körpers, geben den scheinbaren Anlass zum Wiederentstehen der Frostanfälle und zur Erneuerung aller andern schlimmen Zufälle. Dieser Wechsel von scheinbarer Genesung und Rückfall kann sich öfter wiederholen, und man ist selbst dann nicht sicher, wenn die Wunde in Heilung begriffen ist und der Patient an Fleisch und Kräften sichtbar zunimmt, wenigstens dann nicht, wenn er in ein mehr inficirtes Local kommt. Ich habe Amputirte an Pyämie sterben sehen, die schon wieder umhergingen und nur noch eine kleine Oeffnung hatten, wo die Ligaturen gelegen hatten, nachdem sie in andere Locale verlegt waren. In Spitälern, wo das pyämische Miasma in höherem Grade herrscht, leiden fast alle Verwundeten mehr oder weniger an chronischer Pyämie. Uebles Aussehen, gastrische Störungen, Frösteln, Fieberbewegungen bei

geringen Anlässen, zögernder Verlauf der Heilung, in einzelnen Sälen mitunter eine Neigung der Wunden, sich mit croupösen Exsudaten zu bedecken, welche jedoch, nach meiner Erfahrung, keine besondere Gefahr bedingen und manchmal eben so schnell wieder verschwinden, wie sie zum Vorschein kommen. Eine plötzliche Veränderung im Wetter ist der einzige Einfluss, welchen ich mit Entschiedenheit als Veranlassung zur Entstehung dieser Exsudate angeben kann, dies stimmt ja auch mit den Erfahrungen über Entstehen der croupösen Exsudate der Luftwege überein; bei gelindem Wetter sind die Exsudate schleimiger Natur, bei kaltem Ostwinde werden sie plötzlich fibrinös. Mit dem Hospitalbrande haben sie keine Aehnlichkeit, sie sind wirkliche Exsudate, auf denen sich mitunter Pilze antreffen lassen, während der pulpöse Ueberzug hospitalbrandiger Wunden zum Theil in zersetzten Geweben besteht. Nach dem Verschwinden der croupösen Exsudate ist die Wunde um nichts grösser, als vor ihrem Auftreten. Höllensteinsolutionen, aber oft auch viel gelindere Mittel bringen sie bald zum Weichen, warme Umschläge, Kamillenfomentationen, Boraxsolutionen, ja fast jeder Wechsel des Verbandmittels.

Bei den mit chronischer Pyämie Behafteten, so wie auch grössten Theils bei den an subacuter Leidenden, ist die hohe Steigerung der Sensibilität sehr auffallend. Grosse Empfindlichkeit gegen den geringsten Schmerz beim Verbande, beim Sondiren, bei kleinen Operationen, Frostanfälle darnach, neue unerwartete Fieberbewegungen sind sehr verdächtige Erscheinungen, welche den Ausbruch einer acuteren Pyämie besorgen lassen. Bei

diesen chronischen Formen, welche oft in Genesung übergehen, fehlen die Lungenaffectionen nicht, sie geben sich durch Hüsteln, beschleunigte Respiration und durch Neigung zu pleuritischen Exsudaten zu erkennen, dagegen sind zahlreichere Abscesse im Bereiche des Pfortadersystems und des grossen Kreislaufs selten. Ein einziger Leberabscess, eine Ablagerung auf ein Gelenk, ein einziger Zellhautabscess kommen dagegen vor, und letztere gewinnen nicht selten eine kritische Bedeutung. Oeffnet man dieselben, so ist die häufige Folge eine acutere, schnell tödtliche Pyämie, in glücklicheren Fällen die unglaublich rapide Bildung eines neuen Abscesses, der dann der letzte sein kann, wenn er nicht geöffnet wird. Besteht der Arzt auf seiner Ansicht öffnen zu müssen, so kommen immer wieder neue. Meine Erfahrungen lassen mir nicht den mindesten Zweifel über den wohlthätigen Einfluss, den solche isolirte, selbst sehr grosse Abscesse des Zellgewebes oder auch der Gelenke bei chronischer Pyämie ausüben. Ob man diesen Einfluss kritisch nennt oder nicht, ist wohl sehr gleichgültig und verdient gar keine weitere Erwägung, wohl aber das Factum selbst, dass sich in solchen einzelnen grossen Eiterheerden die Stoffe ablagern, deren sich der Organismus entledigen muss. Niemand wird es bestreiten, dass ein grosser Theil der Therapie auf dem Gesetze der Ableitung beruhe, und doch ist man jetzt allgemein sehr geneigt, es läugnen zu wollen, dass Abscesse unter Umständen eine heilsame Wirkung haben könnten. Dies kommt nur von der üblen Gewohnheit, sie aufzuschneiden, anstatt die Natur ruhig gewähren zu lassen. Bei Pyämischen ist es leicht zu demonstriren,

wie gefährlich dies sein müsse, da bei diesen die allerkleinste Läsion gefährliche Folgen haben kann und Nichts so grosse Sicherheit gewährt, als eine heile Haut. Indess ist es bei den metastatischen Typhusabscessen ebenso, obgleich bei Typhuskranken Wunden und Geschwüre oft ungestört in der Heilung fortfahren, also bei ihnen die Gefahr einer Wunde nicht so gross ist wie bei Pyämischen. Ueberlässt man sie der Natur, so haben sie einen wohlthätigen kritischen Charakter, schneidet man sie auf, so sind sie gefährlich! Man kann diesen Satz aber noch viel allgemeiner fassen und sagen, kein Abscess soll künstlich geöffnet werden, so lange die constitutionelle Ursache, welche ihn erregte, noch in Wirksamkeit ist, also pyämische und typhöse Abscesse, so lange die Pyämie nicht gehoben ist, oder die Reconvalescenz vom Typhus über allem Zweifel erhaben ist, scrophulöse kalte Abscesse, von Knochenleiden ausgehend, nicht eher, bis das Knochenleiden geheilt ist. Wir wissen nun von vielen dieser Zustände nicht, wann das constitutionelle Element darin gerade aufgehört habe wirksam zu sein, es ist also unmöglich, den Zeitpunct richtig anzugeben, wo die künstliche Eröffnung der Abscesse ohne Schaden vorgenommen werden kann. Was ist da zu thun? Nichts ist einfacher! Man braucht nur zu beobachten, wie die Natur es macht! — Sich selbst überlassen, ohne Beförderung der Eiterung durch Pflaster, Einreibungen und warme Umschläge, mag nun der Arzt sich einbilden, damit Zertheilung oder Maturation zu bewirken, öffnet die Natur solche Abscesse erst dann, wenn die Constitution wieder zu Kräften gekommen ist und gegen die vorhandenen indolenten Abscesse

durch Bildung einer Entzündung in der Umgegend reagirt. Diese Reaction, welche dem späteren Aufbruche vorhergeht, bildet zugleich die Demarcationslinie, welche dem Eindringen eines zersetzten Eiterserums einen Damm entgegengesetzt, der dann fehlt, wenn man vorher diese Abscesse dem Eintritte der Luft exponirte.

Man kann mir einwenden, dieses Raisonnement passe nicht auf die von scrophulöser Caries und Nekrose abhängenden Abscesse, diese brächen doch früher auf, als Caries oder Nekrose geheilt seien. Dies ist ganz richtig, wenn man sie heute mit Mercur und morgen mit Jod beschmiert und übermorgen ein Blasenpflaster auflegt. Man lasse vor allen Dingen erst alle solche örtliche Applicationen weg, von denen man sich einbildet, dass sie zertheilen sollten, während sie doch auf eine oder die andere Weise reizen, Einreibungen schon durch die Friction und die damit hervorgebrachte subcutane Zertrümmerung von Geweben, welche durch Entzündung ihre natürliche Elasticität verloren haben, Pflaster durch das Ankleben. Man mache nur einmal anhaltend kalte Umschläge auf solche Theile, so wird man bald ganz anders über diese Dinge urtheilen. Ich habe mich schon öfter gefragt, wo sind denn die vielen kalten scrophulösen Abscesse geblieben, durch die mein Lehrer Langenbeck so viele Setons zog, zu denen ich nie Gelegenheit finde? Sie sind aus meiner Praxis verschwunden, weil ich mir die elenden Schmieralien und Pflaster abgewöhnt habe, mit denen so viele Aerzte jede entzündliche Ablagerung bei Scrophulösen zu verfolgen für Pflicht halten. Haben sie es denn einmal dahin gebracht, eine entzündliche Ablagerung in einen

Abscess zu verwandeln, so kommt dann bald eine ganze Saat. In Beziehung auf diese Zustände ist die Chirurgie noch ein wahrhafter Augiasstall und ich bin leider nicht der Hercules, ihn zu reinigen.

Die Aufsaugung oder spontane Eröffnung metastatischer Gelenkabscesse mit glücklichem Ausgange habe ich vielfach an allen Gelenken beobachtet, 3 mal sogar am Hüftgelenke, bei entschieden Pyämischen, welche mit Anchylose davonkamen, öfter schon am Kniegelenk, Fussgelenk, am Ellenbogengelenk, an Finger- und Zehengelenken u. s. w. Nicht immer erfolgt Anchylose, selbst wenn Aufbruch eintritt.

Wenn die chronische Pyämie tödtlich wird, was oft erst nach mehreren Monaten der Fall ist, so nimmt sie kurz vorher, in der Regel, einen acuteren Verlauf; mitunter erfolgt die Auflösung durch Hektik unter Diarrhöen und Bildung von croupösen Exsudaten auf Schleimhäuten und serösen Häuten. In diesen letzteren hektischen Fällen können bei der Section die Lungeninfarcte und Abscesse grössten Theils verschwunden sein und nur ihre Spuren in partiellen Verdichtungen des Lungengewebes hinterlassen haben. Auch lässt sich der krankhafte Zusammenhang der Wunde mit den Centralorganen der Circulation nicht immer in den Venen nachweisen, wenigstens nicht so deutlich wie in der subacuten Form. Erfolgte dagegen der Tod, indem die chronische Pyämie acut wurde, so sind die Erscheinungen bei der Section fast dieselben wie in den anfänglich schon acuten Formen. Dass die chronische Pyämie öfter in Genesung übergeht, liegt theils darin, dass die daran Leidenden an minder schweren und tief eindringenden Wunden

leiden, theils darin, dass, bevor bei ihnen die Entartung des Blutes grosse Fortschritte gemacht hat, die schwer Verletzten starben oder besser wurden, so dass die Luft mit jedem Tage reiner werden kann. Verlegung in frische Locale wirkt auf chronisch Pyämische entschieden wohlthätig, wenn sie auch nicht ihre baldige Heilung herbeiführt, denn nicht selten sind, durch die in der Nähe der Wunde fortschreitenden Gerinnungen in den Venen, Nekrosen der Medullarsubstanz und gestörte Circulation in den weichen Theilen herbeigeführt, Processe, deren endliche glückliche Beendigung viel Zeit erfordert, selbst nachdem sie aufgehört haben sich weiter auszubreiten. Auf diese Art kann ein kurzer Aufenthalt in einem inficirten Hospitale den Grund zu sehr langwierigen örtlichen Leiden legen.

Fast jeder atmosphärische Eiterungsprocess, in offenen Wunden, geöffneten Abscessen, oder in Geschwüren, enthält bereits Elemente zu Entstehung der Pyämie. Dahin gehören besonders die Neigung zu Frostanfällen oder Frösteln, die Affection der gastrischen Organe und die Tendenz zu diffuser Eiterbildung. Das letztere, die Neigung zur Eiterbildung an entfernten Stellen, ist vielleicht weniger bekannt, wird aber der aufmerksamen Beobachtung nicht entgehen. Wenn an irgend einer Stelle des Körpers in grösserem Umfange offene Eiterung besteht, so hat gleichzeitig jede andere verwundete, oder entzündete Partie desselben ebenfalls die Neigung zur Eiterbildung, auch wenn dieselbe nicht mit der atmosphärischen Luft in Berührung steht.

Diese weit ausstrahlenden Wirkungen gehen zum grossen Theile den geschlossenen Eitersäcken ab, welche

dieselben nur unter gewissen Umständen zeigen. Es liegt daher sehr nahe, zu vermuthen, dass der Grund der diffusen Wirkung eines offenen Eiterungsprocesses in einer Oxydation seiner Excrete begründet sei. Auch in geschlossenen Abscessen findet ein fortwährender Stoffwechsel Statt. Chronische Abscesse sind an einem Tage grösser oder kleiner, als an andern, wie dies jeder aufmerksame Beobachter erlebt haben muss. Die Aufnahme eitriger Bestandtheile in die Säftemasse aus einem nicht atmosphärischen Eiterheerde macht aber keine Pyämie. Bei vollständigem Abschlusse der atmosphärischen Luft verlaufen furchtbare Wunden ohne Eiterung, ja fast ohne Entzündung. Ich habe noch kürzlich eine Fractur des anatomischen Halses des Humerus mit Luxation nach innen, nach welcher sofort das lange Fragment in die Gelenkhöhle reponirt wurde, während der abgebrochene Kopf an seinem Platze stehen blieb, mit so gelinden Zufällen verlaufen sehen, dass nicht einmal kalte Umschläge nöthig waren. So werden auch grosse innere Eiteransammlungen sehr lange ohne grosse Nachtheile ertragen, so lange sie nicht geöffnet sind, während sie nachher schnell tödten.

In der Regel führen aber selbst grosse atmosphärische Eiterungen nicht zur Pyämie, wenn der Patient isolirt liegt und nicht sonst besondere Einflüsse auf ihn einwirken. In dieser Beziehung ist die Pathologie der Pyämie noch sehr lückenhaft, wir wissen noch zu wenig über die Einflüsse, welche bei isolirt liegenden, eiternden Kranken Pyämie herbeiführen! Es ist deshalb im hohen Grade wünschenswerth, dass die pathologische Anatomie mehr und mehr in die Privatpraxis eindringe,

um genauer mit den Umständen bekannt zu werden, unter denen hier der Eiterungsprocess zur Pyämie führt. Was mir davon bekannt ist, besteht darin, dass der acute, fieberhafte, rheumatische Process, mit Eiterung irgend eines Organs verbunden, die grösste Gefahr der Pyämie mit sich führe; dass fieberhafte Exantheme, wie Blattern, Scharlach und Masern, ebenfalls in dieser Beziehung sehr bedenklich sind. Von dem Typhus kann ich dies bis jetzt nicht behaupten, er ist freilich oft sehr geneigt, metastatische Abscesse, aber nicht so leicht Pyämie zu verursachen. Auch kann ich nicht behaupten, dass die Tuberculosis die Neigung zur Pyämie steigere. Die vorhin genannten Krankheiten, von denen ich beobachtet zu haben glaube, dass sie die Pyämie auch bei isolirt liegenden eiternden Kranken begünstigen, kommen darin überein, dass sie mit heftigem Fieber verbunden sind und locale Entzündungsprocesse veranlassen, sehr wesentliche Elemente für das Zustandekommen diffuser Eiterbildung.

So abgenutzt das Capitel von der Pyämie auch zu sein scheint, so glaube ich doch, dass jede genaue Beobachtung von isolirt zu Stande gekommener Pyämie dankenswerth sein würde, also Mittheilungen von praktischen Aerzten, welche nicht an Lazarethen fungiren. Ich möchte nur auf einen Umstand aufmerksam machen. Es geht zuweilen mit der Pyämie wie mit dem Wundstarrkrampf, wo man manchmal die ihn veranlassende Wunde nicht finden kann, weil sie so unbedeutend war, dass sie die Aufmerksamkeit des Patienten nicht fesselte; man hüte sich deshalb, allzu leicht Pyämie ohne atmosphärische Eiterung anzunehmen, wenn diese nicht

in die Augen fallend war; man darf nicht vergessen, dass auch ein kleiner Schnitt beim Rasiren oder ein Furunkel den Anlass zur Pyämie geben können. Eine durch Furunkel im Gesicht entstandene tödtliche Phlebitis und Pyämie habe ich schon dreimal in Holstein beobachtet. Ueber die Hauptveranlassung der Pyämie in dem Zusammenliegen eiternder Kranken ist man jetzt grössten Theils einerlei Meinung. Epidemische und endemische Einflüsse befördern ihre Ausbreitung und modificiren ihre Form, aber ihre Hauptquelle bleibt die Anhäufung eiternder Kranken und die längere Benutzung derselben Locale und Utensilien. Jeder etwas anhaltende Missbrauch dieser Art hat die verschiedenen Grade dieser septischen Blutentmischung zur Folge. Dies ist bei Menschen wie bei Thieren. Prof. Nasse sagte mir, dass er durch Pyämie, welche unter den zu physiologischen Zwecken operirten Thieren zum Vorschein käme, oft sehr in seinen Unternehmungen gehindert sei. In Holstein ist die Phlebitis uterina, mit Pyämie im Gefolge, gar nicht selten in den grossen lazarethartigen Kuhställen, bei denen man mehr auf Wärme als auf Ventilation sieht. Sie ist hier die gewöhnliche Folge des Zurückbleibens der Placenta. Heilungen sind nicht selten, nachdem Monate lang der höchste Grad der Abmagerung Statt gefunden hatte. Von dem menschlichen Kindbettfieber, dieser am meisten besprochenen Form der Pyämie, ist es bekannt genug, dass sie ein Contagium bildet, welches über die Gebäranstalt hinaus verschleppt werden kann. Von der Wundpyämie ist dies noch weniger constatirt, aber doch sehr wahrscheinlich, wegen der Verwandtschaft mit dem Kindbettfieber und wegen

der fixen Natur des erzeugten Giftes, welches sich den Utensilien mitzutheilen vermag. In dieser Beziehung ist die Erfahrung von Pirogoff interessant, welcher, bei der Belagerung von Salty im Kaukasus, seine Verwundeten in offenen Zelten liegen liess und doch nach einiger Zeit Pyämie entstehen sah. Prof. Günther in Leipzig ist der erste Civilchirurg, welcher den Muth gehabt hat, starkeiternde Kranke in theilweise offenen, überdachten Räumen wohl zugedeckt liegen zu lassen. Prof. Bock sagte mir, dass nichts desto weniger unter diesen Pyämie vorkäme, was ich a priori keineswegs bezweifle. Es wäre sehr zu wünschen, dass Prof. Günther seine Erfahrungen in dieser Hinsicht selbst mittheilte, namentlich nicht bloss in Betreff derer, welche der Luft exponirt worden, sondern der übrigen, welche dadurch vor Infection bewahrt werden sollen. In unsern Klimaten wird man sich doch vermuthlich darauf beschränken müssen, für eine gehörige Anzahl kleinerer Zimmer in Lazarethen zu sorgen, um darin Patienten zu isoliren, deren Nähe den andern gefährlich werden kann. Es ist ja wunderbar, welch schwere Fälle mit eiternden Wunden, Knochen- und Gelenkverletzungen man in der Privatpraxis ohne Pyämie verlaufen sieht, indem sie theils wieder gesund werden, theils an Zufällen zu Grunde gehen, welche sich wesentlich von Pyämie unterscheiden! Es scheint also, dass der Patient im Allgemeinen die Effluvien seines eigenen Eiters sehr gut verträgt und dass erst durch Vermischung der Exhalationen mehrerer eiternder Patienten das pyämische Miasma entsteht. Viele sind dazu nicht erforderlich. Ich habe dasselbe in isolirten Krankenzimmern entstehen sehen, wo

nur 4 Kranke mit schweren Verletzungen lagen, nicht in Lazarethen, sondern in Privathäusern.

Die Art und Weise, wie stark eiternde Kranke hektisch ohne Pyämie zu Grunde gehen, verdient hier erwähnt zu werden. Die Constitution sucht sich auf den verschiedensten Wegen der septischen Stoffe, welche auch bei diesen Kranken in das Blut gelangen, zu entledigen. Die Schleimhäute sind die Ablagerungsorgane der dadurch nothwendig werdenden Excretionen. Manche husten eiterartigen Schleim aus, was ich schon seit vielen Jahren beobachtet und beschrieben habe. Im Jahre 1852 hatte ich Gelegenheit, einer Autopsie beizuwohnen, welche es völlig ausser Zweifel stellte, dass unter solchen Umständen selbst jahrelange Expectoration von Eiter Statt finden könne, ohne dass ausser an der Bronchialschleimhaut sich krankhafte Erscheinungen an der Lunge fänden. Ein Soldat, der im Jahre 1849 bei Friedericia einen Schuss ins Becken bekommen hatte, mit zurückbleibender Kugel, kämpfte gewissermassen 3 Jahre lang mit dem Tode. Die Eiterung seiner Wunde, deren Eingang sich am Poupartschen Bande der linken Seite, aussen an den Schenkelgefässen befand, war immer beträchtlich gewesen. Von Zeit zu Zeit litt er an Diarrhöen und abwechselnd damit an einem starken Auswurfe eitrigen Schleims. Durch sorgfältige Pflege und China wurde sein Leben 3 Jahre lang erhalten. Das wirksamste Mittel, ihn möglicher Weise zu heilen, seine Entfernung aus dem Lazarethe, konnte seines hülflosen Zustandes wegen nicht angewendet werden. Endlich starb er bei plötzlich eingetretenem kalten Wetter, unter den Zufällen der Menyngitis, deren Dasein die Section

bestätigte. Er hatte noch kurz vor seinem Tode reichlichen Eiterauswurf gehabt. Seine Lungen waren völlig gesund bis auf eine katarrhalische Auflockerung der Schleimhaut. Prof. Frerichs, der die Section machte, kann dies, so wie den dagewesenen Eiterauswurf bestätigen.

Selten fehlen bei diesen hektischen Verwundeten die Diarrhöen, sie treten um so früher und sicherer auf, wenn die Verwundung an den unteren Extremitäten besteht, so wie Eiterexpectoration mehr bei Verletzung der oberen Extremitäten erwartet werden kann, ohne dass man dies als feste Regel anzusehen hätte. Die Natur der Abgänge dabei ist nicht genauer bekannt. Die pathologisch-anatomischen Befunde bei diesen tödtlich endenden, oft intractabeln, Diarrhöen sind weniger erheblich, als man erwarten sollte. Wulstung der Schleimhaut des Darmcanals, besonders des Dickdarms, ganz oberflächliche Erosionen der Schleimhaut, ohne beträchtliche Hyperämie derselben, Schwellung der Solitärfollikel, die als kleine weisse Körnchen auf der Oberfläche der Schleimhaut hervorragen und Aehnlichkeit mit Tuberkeln haben, ohne Hypertrophie der Mesenterialdrüsen, sind die Haupterscheinungen.

Auch die Nieren werden bekanntlich von langwierigen Eiterungen in Mitleidenschaft gezogen, theils vorübergehend, theils durch Granularentartung. Obgleich sie keineswegs bei der Mehrzahl hektischer Eiterungen angetroffen wird, so ist sie doch häufig genug, um die Untersuchung des Harns auf Eiweiss für alle diese Patienten zur Pflicht zu machen. Auf die Prognose übt

die Gegenwart des Morbus Brightii natürlich einen deprimirenden Einfluss aus, auf die chirurgische Therapie kann man ihr diesen noch nicht gestatten; man kann jetzt noch keine sonst zu rechtfertigende Amputation verweigern, weil Eiweiss im Harn ist, wenn die Amputation allein Aussicht auf Rettung darbietet. Ich habe noch kürzlich einen Knaben am Oberschenkel amputirt, wegen eines mit profuser chronischer Eiterung verbundenen Kniegelenksleidens, der sehr viel Eiweiss im Harne hatte, und habe die Wunde glücklich zur Heilung gebracht, während der Eiweissgehalt des Harns mit geringen Schwankungen derselbe geblieben war. Hier giebt doch die Amputation wenigstens die Möglichkeit der Lebenserhaltung. Die vorübergehende Theilnahme der Nieren an entfernten Eiterungsprocessen zeigt sich durch eiterähnliche Bodensätze im Harn, welche bei mikroskopischer Untersuchung sich als Epithelialzellen zu erkennen geben, deren tumultuarische Erzeugung und Abstossung indess wohl als ein der Eiterbildung analoger Process aufgefasst werden muss. Dafür spricht ihr Zusammenhang mit grossen Eiterungen und das von mir und Andern beobachtete Verschwinden geschlossener Abscesse unter solchen eiterähnlichen Abgängen.

Die grossen Verluste an Eiweiss, welche auf verschiedenen Wegen der Organismus erleidet, vermindern die Blutmasse in dem Grade, dass man bei der Leichenöffnung nicht bezweifelt, es möge kaum der vierte Theil des Blutes noch vorhanden sein, welches einst den gesunden Körper durchströmte. Locale und allgemeine Wassersuchten sind davon die Folge, denen keineswegs immer eine Granularentartung der Nieren zum Grunde

liegt. Nicht selten beschliesst ein acutes Lungenödem die Scene.

Monate, selbst Jahre manchmal sind erforderlich, um diesen langsamen Process der Verblutung durch unheilbare Eiterungen zum tödtlichen Ende zu führen. Pflege und ärztliche Behandlung haben grossen Einfluss auf dessen Verzögerung und unglaublich sind die glücklichen Erfolge, welche man nicht selten von Amputationen und ähnlichen Operationen erlebt, welche die ursprüngliche Quelle der Eiterung zum Versiegen bringen, selbst wenn die Patienten nur noch aus Haut und Knochen zu bestehen scheinen. Ich habe mich nie durch die äusserste Abmagerung der Patienten abhalten lassen, solche Rettungsversuche zu unternehmen und es selten bereut.

Dies ist die Art und Weise, wie man in der Privatpraxis in der Regel und in Lazarethen zuweilen unheilbare Eiterungsprocesse ihren zerstörenden Einfluss auf den Gesammtorganismus ausüben sieht. Diese klinischen Erfahrungen stimmen in vielen wesentlichen Puncten mit den Resultaten überein, welche Dr. Stich in seiner vortrefflichen Arbeit über die acute Wirkung putrider Stoffe im Blute (Annalen des Charité-Krankenhauses, 3. Jahrgang, 2. Heft) mitgetheilt hat, insofern diese lehren, dass filtrirte putride Stoffe auf verschiedenen Wegen in die Säftemasse gebracht, theils durch Injection in eine Vene, theils in den Darmcanal, auf stürmische Weise ähnliche Ausleerungen bewirken, wie die Resorption des Eiterserums sie allmählig herbeiführt. Die Versuche, welche Prof. Frerichs hier im

Jahre 1851 auf ähnliche Weise anstellte, ergaben dieselben Resultate.

In überfüllten Spitälern tritt die Pyämie als neues Element, als ein Vergiftungsprocess in den einfacheren Process der hektischen Consumtion hinein. Worin das Gift bestehe, wissen wir eben so wenig, wie von dem der Blattern, des Scharlachs, der Masern, der Syphilis. Unsere Kenntniss des pyämischen Miasmas ist insofern doch etwas vollkommener, dass wir wissen, unter welchen Umständen sich dasselbe stets neu erzeuge, was wir von den genannten Krankheiten nicht wissen. Insofern ist das klinische Studium der Pyämie und ihrer gelegentlichen Ausbildung zu einer contagiösen Krankheit, wie sie unzweifelhaft im Kindbettfieber öfter erscheint, von erheblicher Wichtigkeit. Sie stellt gewissermassen die einfachste Form einer Krankheit dar, welche, unter bekannten Verhältnissen erzeugt, sich zum Contagium entwickeln kann. Ich vermuthe, dass die nähere Bekanntschaft mit dem Wesen der Pyämie, mit der Zeit, dazu dienen wird, die spontane Entstehung anderer, erweisbar contagiöser, Krankheiten aufzuhellen. Sind doch unter den Symptomen der contagiösen Exantheme manche, welche auch unter dem Einflusse septischer Eiter-Exhalationen vorkommen, diffuse Hautentzündungen bei Scharlach und Masern, diffuse Eiterbildungen bei den Blattern und bei der Syphilis.

Die Umstände, unter denen sich ein pyämisches Miasma entwickelt, sind vielfach schon berührt worden. Je mehr Schwerverletzte in einem Saale zusammenliegen, desto leichter kommt dasselbe zum Vorschein und

befällt dann auch Leichterverletzte, obgleich dies im Allgemeinen bei uns nicht häufig vorkam. Es waren in der Regel nur die mit Knochenverletzungen Behafteten, welche daran litten. Dies kann nicht auffallend sein, wenn man bedenkt, wie schwer ein Knochen sich der faulenden Substanzen entledigen kann, welche in seiner Medullarsubstanz haften. Man braucht nur einmal einen in jauchender Eiterung befindlichen Knochen durchsägt zu haben, so wird man aus dem scheusslichen Gestanke der Sägespäne leicht die Gefahr abnehmen können, welche dergleichen Processe mit sich führen müssen. Indess der Organismus verträgt das Unglaubliche in dieser Beziehung, wenn er das Widerstandsvermögen nicht eingebüsst hat. Wer sollte es a priori für möglich halten, dass Lungenbrand nicht immer tödtlich enden müsse? Giebt es etwas Scheusslicheres, als dessen Exhalationen? Worin diese Widerstandskraft gegen solche septische Einflüsse besteht, ist uns nicht unbekannt; so lange nicht die ganze Blutmasse erkrankt ist und die Fähigkeit behält, durch plastische Exsudate, neugebildete Gefässe und Narbensubstanz eine Abtrennung des Abgestorbenen durch eine organisirte Demarcationslinie zu vermitteln, ist die Möglichkeit der Erhaltung des Totalorganismus vorhanden. Ist diese Scheidewand gefallen, so dringen die faulenden Stoffe ungehindert in die ganze Blutmasse und bewirken ihre tödtlichen Ablagerungen. Die Hauptfrage ist nun aber, von welcher Seite wird die schützende Wand, welche die neue Organisation gegen septische Processe bildet, durchbrochen, von der Seite der Wunde her, oder von dem gesammten Blutsysteme?

Vor ungefähr 10 Jahren betrachtete man den pyämischen Process allgemein als Ergebniss der Phlebitis und auch bis jetzt sind Viele dieser Ansicht treu geblieben. Wichtige Thatsachen scheinen dafür zu sprechen. Ganz unzweifelhaft ist Pyämie sehr häufig die Folge von Venenentzündung, aber nicht die Folge von einfacher Venenentzündung (primäre Phlebitis von Rokitansky). Die letztere ist nicht geneigt, Pyämie zu machen, selbst wenn sie in Eiterung übergeht. Mit Beihülfe der fibrinösen Exsudationen, welche sich in das Innere des Venenrohrs ergiessen, bildet das Blut darin feste Gerinnsel, welche der Resorption anheimfallen, wenn Zertheilung eintritt; selbst wenn Eiterung erfolgt, verschont diese in der Regel den grössten Theil des Venenrohrs und findet mehr in dem die Vene umgebenden Zellstoffe Statt, so wie in der unmittelbaren Nähe der Venenverletzung. Um eine einfache Phlebitis mit Pyämie zu compliciren, muss man schon die Patienten in ein inficirtes Spital verlegen, es muss Pyämie endemisch sein, oder Aerzte die Behandlung leiten, welche mit pyämischen Kranken in Berührung kamen. Bei den traurigen Folgen, welche die Pyämie nach Unterbindung varicöser Venen so oft gehabt hat, muss man denken an den eigenthümlichen deletären Einfluss, welchen grosse Venenstasen auf die ganze Blutmasse ausüben. Bei diesen verrückten Operationen unterbindet man die erweiterten Hülfscanäle, welche der Blutstrom sich geschaffen hat, wenn der Abfluss des Venenblutes an andern Stellen Hindernisse findet, und wundert sich dann noch, wenn dies nicht gut geht, während doch die Operation anatomisch und physiologisch gleich verwerflich und,

wo sie noch gemacht wird, ein Beweis der Rohheit der Begriffe ist.

Es gehört also sogar zu der Venenentzündung, welche dem Anscheine nach eine so hohe Gefahr bedingt, noch ein anderes Element, um daraus Pyämie zu machen. In einer gesunden Constitution macht die traumatische Venenentzündung noch keine Pyämie. Dies hat sich auch durch Versuche an Thieren gezeigt, bei welchen man sich vergebens bemühte, durch verschiedenartige Reizung grosser Venen Pyämie zu erzeugen. Bei den Aderlässen, welche bei Pferden an der Jugularvene auf wenig schonende Art gemacht zu werden pflegen, ist der Eintritt von Eiterung nichts Seltenes, ohne dass dadurch Pyämie bei ihnen entstände. Dazu gehören schon die Einwirkungen der Thierlazarethe physiologischer Institute. Abgesehen von der Venenentzündung, welche in Bezug auf Entstehung der Pyämie die grössten Gefahren darzubieten scheint, liegt es auch nicht in dem nothwendigen Verlaufe des Eiterungsprocesses grosser Wunden, durch Pyämie tödtlich zu werden, obgleich jeder Entzündungsprocess doch die Venen in ihren capillären Anfängen wenigstens in Mitleidenschaft zieht. Worin besteht nun das Moment, welches noch hinzutreten muss, um Venenentzündungen und Wunden pyämisch zu compliciren. Nach Ansicht der meisten neueren Schriftsteller ist es das Eindringen eines Stoffes in die Blutmasse, wodurch dieselbe disponirt wird, schon innerhalb seiner Gefässe zu gerinnen an Stellen, wo nicht nothwendiger Weise Entzündung Statt zu finden braucht, aber doch in der Regel der Kreislauf in einer oder der andern Weise erschwert ist, wie

dies in der Nähe grösserer Wunden immer der Fall ist. Diese Gerinnungen des Bluts in den Capillaren oder in den Venen oder am häufigsten in beiden zugleich geben dann häufig den Anlass zu entzündlicher Reaction in der Nähe der Gefässe, worin sie Statt finden, und zur Eiterbildung, welche jedoch auch ohne deutliche Spuren von Entzündung zu Stande kommen kann. Daher kommt wohl die noch jetzt sehr verbreitete Vorstellung, das geronnene Blut verwandle sich in Eiter. Ueber diesen Process ging man ziemlich leichtfertig hinweg, indem man ihn mit dem Namen Zerfallen belegte, auf dessen weitere Erklärung man sich nicht einliess. Rud. Wagner hat es zuerst gewagt, einen verwandten Process, den der Verfettung von Exsudaten, geradezu als eine chemisch vitale Metamorphose darzustellen und einen Grund dafür aus dem Eindringen von Fett in Thierlinsen, welche in die Bauchhöhle von Tauben oder Hühnern eingeheilt waren, herzuleiten. Die daraus entstehende Ansicht, dass sich die Proteinsubstanzen der Linse in Fett verwandelten, kommt mir ungefähr so vor, als ob man von der Kaffeemetamorphose eines Zwiebacks reden wollte, den man in Kaffee getaucht hat. Es war übrigens wohl nur erforderlich, einmal gerade herauszusagen, was man sich unter dem Zerfallen denke, um die ganze Idee einer selbstständigen chemischen Zersetzung mit Entstehung neuer Elemente zu Grunde zu richten. Virchow und andere geistreiche Forscher erheben sich jetzt dagegen. Von den Chemikern sollte man dies am ersten erwartet haben, die doch gewiss nicht von einer Entstehung von Elementen reden würden, wenn diese in grosser Fülle von den andrängenden

Säften zugeleitet werden. Mit dem sogenannten Zerfallen der Blutcoagula zu Eiter ist es um nichts besser bestellt. Wenn man davon reden hört, als sei das eine ausgemachte Sache, so sollte man glauben, es seien nie Untersuchungen über die Metamorphose des Thrombus unterbundener Arterien, über das fernere Schicksal apoplektischer Heerde, oder traumatischer Blutergüsse im Thorax, u. s. w. gemacht!

Durch Gerinnungen in den Venen und deren Verflüssigung, mit oder ohne deutliche Entzündung, oder Eiterbildung, gelangen nun Stoffe in die Circulation, welche die Lungencapillaren zu passiren nicht im Stande sind, dort theilweise sitzen bleiben und daselbst Stasen und später oft lobuläre Abscesse erregen, und endlich gewöhnlich den Tod herbeiführen, indem sie ihrerseits wieder zur vollständigeren Alteration der Blutmasse beitragen. Diese Erzeugung von Körpern, welche die Lungencapillaren nicht passiren können, im Innern der Venen scheint mir bis jetzt das am meisten charakteristische Kennzeichen des pyämischen Processes zu sein, und, wo dasselbe sich vorfindet, dessen Unterschied von allen nicht pyämischen Eiterungsprocessen zu begründen. Jeder irgend erhebliche Eiterungsprocess alterirt das Blut durch Eindringen von filtrirtem Eiterserum in die Säftemasse, erst wenn das Blut gegen diese Beimischung durch Eiter oder Jauche erzeugende Coagula reagirt, ist Pyämie zu Stande gekommen. Lungeninfarcte durch Substanzen, welche nicht reizen oder sich zersetzen, werden eingekapselt und sind nicht sehr gefährlich. Dies ergiebt sich aus sehr interessanten Versuchen, welche Prof. Panum in Kiel im Winter $18^{53}/_{54}$ anstellte. Er spritzte

Hunden und Kaninchen eine Quantität Wachsemulsion in die Jugularvene. Es bleiben dann kleine Wachskügelchen, ungefähr 17 mal so gross als Blutkörperchen, in den Lungencapillaren stecken, wo sie sich ohne Schaden einkapseln. Erst wenn zu diesen Infarcten noch eine putride Injection durch Injection filtrirter putrider Stoffe kommt, bilden sich lobuläre Abscesse aus den Lungeninfarcten. Dass Cruveilhier's Versuche mit Quecksilberinjection in die Jugularvene andere Resultate ergaben, liegt, nach Panum, vorzüglich in dem Umstande, dass ein Theil des Quecksilbers im rechten Herzen zurückbleibt und Endocarditis und Endangitis erregt, vielleicht auch in der Schwere und der metallischen Contactwirkung des Quecksilbers. Daraus erklärt Panum die davon herrührenden lobulären Abscesse. Man nahm früher allgemein an, dass die Eiterkörperchen wegen ihrer die Blutkörperchen übertreffenden Grösse die Capillarinfarcte bildeten, theils weil man so oft unter diesen Umständen Eiter in den Venen findet, theils weil man sicher ist, durch Injectionen von unfiltrirtem Eiter in eine grössere Vene solche Lungeninfarcte zu erzeugen, wie sie bei Pyämischen vorkommen. Indess lässt es sich nicht beweisen, dass dieser Process auf so einfache Art zu Stande komme und manche Umstände sprechen dagegen. Erstens die farblosen Blutkörper sind eben so gross wie Eiterzellen und passiren doch die Capillaren, zweitens Eiter mit lebendigem Blut gemischt bringt dessen Coagulation hervor und erschwert dadurch die isolirte Fortleitung von Eiterkörperchen in die Capillaren. Diese Schwierigkeit kann indess nicht so sehr in Betracht kommen, wenn, nicht fern vom

Herzen, grosse Mengen Eiter in einer Vene fortgetrieben werden. Wenn diese auch an ihrer Peripherie das umgebende Blut zu einem partiellen Gerinnen bringen, so kann doch in der Mitte der Eiter unverändert bleiben, so in das Herz gelangen und erst beim Eintritt in die Aeste der Lungenarterien sich allmählig mehr zertheilen. Grosse Mengen von Eiterzellen, welche so auf einmal in die Lungenarterie gelangen, müssen dann noch ganz anders wirken, als die mehr vertheilten weissen Blutkörperchen, denn wenn sie sich auch bei ihrem Fortrücken in die Capillargefässe mehr vertheilen, so erregen sie doch auch sicher dort so gut Gerinnungen mit dem Blute wie in grösseren Gefässen. Spritzt man bei Thieren unfiltrirten Eiter in eine dem Herzen nicht allzunahe Vene, so füllt sich diese sofort mit Gerinnungen, welche ein Gemisch von Eiter und Blut darstellen, und der Vene eine feste pralle Beschaffenheit mittheilen. Solche Eiterinseln haben Viele bereits im Herzblute von pyämischen Leichen finden wollen, Andere stellen dies in Abrede. Zu einem sicheren Abschlusse darüber war nicht leicht zu kommen, weil man Eiterkörperchen und weisse Blutkörperchen mikroskopisch nicht von einander unterscheiden kann. Professor Griesinger's Entdeckung, dass bei Pyämischen im Blute des rechten Herzens eine bei weitem grössere Zahl von weissen Blutkörpern angetroffen werde, als in dem des linken, macht es jetzt viel wahrscheinlicher, dass diese mit Eiterkörperchen identisch sind. Man wird in Zukunft bei Pyämischen die mikroskopische Analyse des Blutes des grossen und kleinen Kreislaufs und der Pfortader vornehmen müssen. Indess bedarf

es doch auch noch genauerer Untersuchungen über das Verhältniss der weissen Blutkörperchen der drei verschiedenen Blutbahnen bei gesunden Personen. Dass in der That reiner Eiter bis in die Lungencapillaren gelangen könne, schliesse ich aus den vielen Fällen, wo eine mit Eiter gefüllte kleinere Vene, deren kurzer Stamm aus einer jauchenden Wunde entspringt, in eine grosse Vene eintritt und wo der Eiter bis in das grosse Venenrohr reicht, so dass man deutlich erkennt, jeder Tropfen Eiter, welchen ein äusserer Druck oder die Contraction der umgebenden Gewebe in die grosse Vene drängt, müsse sogleich fortgeschwemmt werden. Eine chemisch coagulirende Einwirkung auf das Blut besitzt guter Eiter nicht, sein Serum macht gar keine Coagulationen, wenn es in eine Vene gespritzt wird, um aber mechanisch in einem Blutstrome Gerinnungen herbeizuführen, dazu gehört Zeit und Verlangsamung des Kreislaufs. Wo dieser sehr rapide ist, kommen gar keine Gerinnungen zu Stande. Man erinnere sich nur des oben erzählten Falles, wo ein Stück Eisen Monate lang in einer Communicationsöffnung zwischen Arteria und Vena cruralis gelegen hatte, ohne sich mit Gerinnseln zu bedecken. Hat der Eiter von dem Puncte aus, wo er gebildet wurde, erst eine längere Vene von mässigem Kaliber zu durchlaufen, ehe er in eine grosse Vene kommen kann, deren Blut sehr kräftig von der Inspirationsbewegung des Thorax angesogen wird, so bringt er allerdings ein Coagulum hervor, welches für den Augenblick das Eintreten des Eiters in das Herz verhindert. Hören unter solchen Umständen die Einwirkungen auf, welche Pyämie begünstigen, so kann durch

diese Sequestration des Eiters innerhalb dieser Coagula alle Gefahr aufgehoben werden, der Eiter wird resorbirt, so gut wie die ihn umschliessenden Coagula, und die Vene kann ganz oder theilweise wieder durchgängig werden. Dauern jedoch, wie gewöhnlich, die deletären Einflüsse, namentlich die Inhalation von Eiterdünsten, fort, so gewähren solche den Eiter einschliessende Coagula keinen Schutz. Sie werden von Blutserum durchdrungen, welches ihnen Theile der mit dem Blute circulirenden flüssigen Bestandtheile des Eiters zuführt, sie damit sättigt, und erregen dann eine secundäre Venenentzündung oder Eiterbildung ohne sichtbare Zeichen der Entzündung, das heisst ohne Röthung und Verdickung der Gefässwände. Auf diese Weise rückt der eiterbildende Process den Centralorganen der Circulation immer näher, bis die Umstände eintreten, unter denen der Eiter bis zum Herzen fortgeschwemmt werden kann.

Ein Umstand, welcher das Fortschwemmen von Eiter und andern Gerinnseln in grösseren Venen sehr begünstigen muss, ist die Einmündung anderer kleiner Venen und namentlich auch der venösen Enden der Vasa vasorum, welche ihr Contentum theilweise noch in das Venenrohr eindringen lassen werden, wenn auch letzteres durch Gerinnungen verstopft ist.

Dies ist der gewöhnliche Vorgang bei dem Eindringen des Eiters in die Circulation, aber nicht der einzige. Es kann auch ein Abscess in eine grosse Vene aufbrechen und rasch die Blutmasse mit Eiter überschwemmen. Es tritt alsdann mit grosser Schnelligkeit eine sehr acut verlaufende Pyämie ein, mit häufigen Schüttelfrösten, Gelbsucht, Sopor. Ich habe dies

einmal gesehen, wo ein Abscess sich in die Vena jugularis interna geöffnet hatte und schon 36 Stunden nach Eintritt des ersten Schüttelfrostes und Einsinken des Abscesses am Halse der Tod erfolgte. Hier bestätigte die Section meine vorher gestellte Diagnose einer Ruptur der Vena jugularis. Auch im Felde habe ich einige ähnliche Fälle gesehen, wo die rasch eintretende und tödtlich werdende Pyämie die Vermuthung rege machen musste, dass ein Jaucheheerd sich in eine grosse Vene geöffnet haben musste. Aber nicht immer gelingt es, bei der Section mit vollkommener Sicherheit die Verhältnisse nachzuweisen, unter denen dies geschieht. Es würde dieser Fall häufiger eintreten, wenn nicht das endosmotische Eindringen des Eiterserums von Jaucheheerden, welche sich in der Nähe grosser Venen befinden, im Innern derselben blutige oder fibrinöse Gerinnungen zur Folge hätte. Ich habe früher einen Fall erzählt, wo ein die Vena cava und die Iliacae communes bespülender Jaucheheerd im retroperitonäalen Zellstoffe eine fibrinöse Gerinnung in den letzteren und in der Cava bis zum Eintritte der Venae renales zur Folge gehabt hatte. Hier erfolgte der Tod durch Perforation des Jaucheheerdes in die Bauchhöhle. In der Regel geht das Fortrücken der Gerinnung und Eiterbildung innerhalb der Venen von mehreren Puncten aus, welche demselben grösseren Venenstamme zustreben, doch finden in dieser Beziehung sehr viele Verschiedenheiten Statt. Bei den Oberschenkel-Amputirten geht manchmal die Infection von den weichen Theilen aus, die Wunde derselben war äusserlich jauchend, von ihrer Oberfläche drang der Jauchungsprocess bis in die Vena

cruralis und man findet diese nach dem Tode durch Pyämie mit Jauche und Coagula, meistens bis an das Poupartsche Band, angefüllt. In andern, fast nicht minder zahlreichen, Fällen geht die Verjauchung vom Knochen aus, dieser findet sich in seiner Marksubstanz verjaucht, während seine Corticalsubstanz keine besonderen Abweichungen zeigt. Hier dringt dann der Jaucheprocess von der Vena nutritia erst in die Vena cruralis, welche unterhalb der Einmündung dieser Knochenvene mit flüssigem Blute gefüllt ist und keine Veränderung ihrer Häute zeigt, während oberhalb derselben die Cruralis mit Eiter gefüllt ist und geröthete und verdickte Wände haben kann. Die Darstellung dieser Knochenvene ist nicht so schwer, wie Dr. Beck zu glauben scheint, da sie sich unter solchen Umständen bis zur Dicke einer starken Rabenfeder ausdehnt.

In anderen Fällen geht die Verjauchung vom Knochen und von den weichen Theilen gleichzeitig aus und die ganze Cruralvene ist mit Jauche angefüllt. Obgleich sie unter solchen Umständen häufig an ihrem unteren durchschnittenen und bereits zugeheilt gewesenen Ende mit der jauchenden Wunde offen communicirt, durch mehr oder minder vollständiges Absterben ihres Narbenpfropfes, so ist dies doch keineswegs immer der Fall und es scheint oft erst kurz vor dem Tode die Vene sich theilweise wieder geöffnet zu haben. Eiterungsprocesse in der Nähe grosser Venen bedingen offenbar eine höhere Gefahr der Pyämie, ebenso die grosse Nähe des Rumpfes. Je weiter vom Rumpfe entfernt, desto leichter kann durch Coagula die Sequestration des Eiters eintreten. Wenn man sich bemühen wollte, eine Scala

für die Gefährlichkeit der Wunden in Betreff der Pyämie anzufertigen, so würde man nur nöthig haben, das Kaliber der betreffenden Venen zu Rathe zu ziehen. Deshalb stehen wohl unter den Verletzungen der Extremitäten die des Oberschenkels in erster Linie und Beckenschüsse sind so gefährlich, wenn sie zu Eiterungen im retroperitonäalen Zellgewebe die Veranlassung geben, desgleichen Verletzungen, welche die Axillaris oder Subclavia in ihr Bereich ziehen, und die Kopfverletzungen, bei denen die grossen Sinus durae matris dicht unter der verletzten Stelle liegen. Die Erfahrung wird es ohne Zweifel bestätigen, was schon meine Präparate lehren, dass die Gefährlichkeit der Kopfverletzungen zum Theil davon abhängt, wie nahe sie einem der grossen Sinus liegen.

Je weiter die Venen eines Organs sind, desto gefährlicher wird die Pyämie sein, welche eiterbildende Entzündungen darin hervorrufen können. In Erlangen sah ich eine Frau von Pyämie genesen, der ich den Unterschenkel amputirt hatte. Sie abortirte am zehnten Tage einen dreimonatlichen Foetus, obgleich sie seit einem Jahre ihre Regel nicht gehabt hatte und deshalb keine Schwangerschaft zu erwarten stand. In Kiel starb eine Frau, der ich, als sie im fünften Monate schwanger war, eine offene krebshafte Brust amputirt hatte. Sie abortirte in der dritten Woche, bekam ebenso wie die andere die Zufälle der Phlebitis uterina und des Ergusses in die Bauchhöhle und starb 5 Wochen nach der Operation. Hier ging die Pyämie in beiden Fällen vom Uterus aus, denn die Wunden zeigten keine wesentliche Veränderung und die höhere Gefahr des zweiten Falles

ist vermuthlich in der grösseren Ausdehnung der betreffenden Uterinvenen zu suchen. Die grössere Weite der Gefässe ist wohl allein schon hinreichend, die unendlich grössere Gefahr von Amputationen zu erklären, welche nach dem Auftreten entzündlicher Reaction unternommen werden und der günstigste Zeitpunct für secundäre Amputationen ist offenbar erst dann vorhanden, wenn die normale Contraction der entzündlichen Expansion der Gefässe wieder Herr geworden ist. Am unzweideutigsten tritt diese erst durch Anfänge der Vernarbung hervor, wie ich früher schon bemerkte.

So bedeutend nun auch die Veränderungen sind, welche man in den Venen des verletzten Theils bei der Section anzutreffen pflegt, so weit ausgedehnt auch die Verstopfungen grosser Venenstämme sein mögen, an denen man deutlich erkennt, dass sie längere Zeit vor dem Tode sich gebildet haben müssen, so unerheblich sind doch oft die Erscheinungen an der Wunde während des Lebens, wenn man die letzte Zeit vor dem Tode davon ausnimmt, denn wenn die Vegetation überall erst mehr und mehr aufgehört hat, verändert sich die Wunde in höherem Grade. Es ist durchaus falsch, was man bei so vielen chirurgischen Schriftstellern lesen kann, dass dem Auftreten der Pyämie immer namhafte Veränderungen der Wunde vorhergingen, dass der Eiter jauchig werden müsse, die Granulationen einfielen, oder ein croupöses Exsudat sie bedecken müsse, ehe dann hinterher die Pyämie zu Stande komme. Diese Annahme führte die jungen Aerzte zu fortwährenden Täuschungen über die vorhandene Gefahr. Wenn ein Verwundeter ohne besonderen Grund gastrische Erschei-

nungen und unregelmässige Frostanfälle bekam, so schmeichelte man sich immer mit der Hoffnung, dass man es nur mit einem gewöhnlichen Magenkatarrh, oder einer Indigestion, oder einem Wechselfieber zu thun habe, so lange die Wunde gut aussah; bis denn endlich, mitunter erst nach Wochen, die Wunde sich decomponirte, grössere Sorgen rege machte und endlich der Tod allen Zweifeln ein Ende machte! Dass die Wunde sich nicht immer auffallend verändere, wenn in den grossen Venen des verletzten Gliedes der tödtliche Jauchungsprocess fortkriecht, darf uns nicht wundern! Die Veränderungen in der Wunde sind gewöhnlich nicht das Primäre, sondern sie sind erst das Resultat der Blutstockung in den wichtigsten Venen. So lange von diesen noch so viele offen bleiben, um den Rückfluss der geringen Blutmenge zu gestatten, welche ein bewegungslos daliegendes Glied in Anspruch nimmt, verändert sich die Wunde nicht, erst wenn die Stagnation durch weitere Fortschritte der Gerinnungen einen hohen Grad erreicht hat, leidet die Vegetation der Wunde in auffallender Weise. Hierher gehörige Beobachtungen kann man schon an den Beingeschwüren von Personen machen, welche an Varices, das heisst an einem organischen Hindernisse des Blutrückflusses einer untern Extremität leiden. Wie abscheulich sehen meistens ihre Geschwüre aus, so lange die Patienten umhergehen, wie bald reinigen sie sich und fangen an zu heilen, sobald durch horizontale Lage der Rückfluss erleichtert und der Zufluss vermindert ist. Bei Verwundeten kann man ähnliche Beobachtungen anstellen. Der erste Eindruck der Verletzung und die entzündliche Reaction brachten

eine fibrinöse Venenentzündung des Hauptvenenstammes hervor, welcher dadurch verschlossen wurde, z. B. der Axillaris bei einer Verletzung des Schultergelenks. Dies Hinderniss der Circulation wird ohne Schaden ertragen. Man sieht sich durch die Umstände genöthigt, die Resection des Schultergelenks zu machen, unterbricht dadurch theilweise die noch vorhandenen Circulationswege, eine neue entzündliche Congestion vermehrt die Blutmenge; nun erst entsteht vollkommene Stase und damit die Verjauchung der Wunde oder phlebostatische Blutung.

Dr. Knorre erzählte mir kürzlich einen Fall, wo er sich bei Exstirpation einer scirrhösen Achseldrüse genöthigt gesehen hatte, die Achselvene zu unterbinden, ohne dass dies irgend bemerkbare Stagnationserscheinungen zur Folge gehabt hätte. Es ist also mit den Venen theilweise ebenso wie mit den Arterien, die Functionen selbst grösserer Stämme werden von Collateralgefässen übernommen, wenn die Hauptcanäle verstopft sind. Es treten nur bei Anstrengungen, oder andern Congestion befördernden Verhältnissen, umgekehrte Zustände ein. Es ist mir ein Fall bekannt, wo ein Pferd im Schritt sehr gut ging, bei schnellen Bewegungen aber versagten die hintern Extremitäten ihre Function, wie wenn sie gelähmt wären, so dass das Thier stürzte. Bei der Section zeigte es sich, dass die Abdominal-Aorta obliterirt war. Bei sanften Bewegungen hatten die hintern Extremitäten durch die Collateralgefässe hinreichend Blut bekommen, bei kräftigen Muskelanstrengungen nicht mehr.

Umgekehrt entstehen bei Personen, welche durch Varices eine Phlebostenosis zu erkennen geben, durch

Anstrengungen jene ungeheuren schmerzhaften Anschwellungen ihrer erweiterten Venen, welche sehr bald das Bedürfniss der Ruhe herbeiführen.

So wenig es uns an Erklärungsgründen für die Bildung der Lungeninfarcte bei Eindringen von Eiter in den Venenstrom fehlt, so gering sind auf der andern Seite die Anhaltspuncte für die Erklärung der Stagnations-Erscheinungen im Bereiche des grossen Kreislaufs, in der Leber, der Milz, der Schilddrüse, dem Gehirne und den Gelenken, zwischen den Muskeln etc. Nachdem man die Eigenschaft der Eiterkörperchen, die Lungencapillaren, so weit sie von der Lungenarterie gebildet werden, zu verstopfen, kennen gelernt hatte, kam man zunächst auf die Idee, es würden wohl einzelne Eiterkörperchen durch diese Capillaren hindurchgeschwemmt und blieben dann irgendwo im Bereiche des grossen Kreislaufs stecken. Jetzt ist man mehr geneigt zu glauben, dass ein scharfes Eiterserum, welches mit dem Blute circulirt, fähig sei, eine fibrinös exsudative Endocarditis und Endangitis zu erzeugen, deren Producte zu Infarcten der Capillaren des grossen Kreislaufs die Veranlassung geben. Aber es fehlt für diese Annahme an hinreichenden pathologisch-anatomischen Thatsachen, was bei der Schwierigkeit der einschlägigen Untersuchungen und der experimentellen Erforschung nicht zu verwundern ist.

Dass Endocarditis den Grund zu Exsudaten legen kann, welche, von dem Blutstrome fortgeschwemmt, in Arterien sitzen bleiben, ist gar nicht zu bezweifeln, aber, wenn mit Endocarditis keine Pyämie verbunden ist, so entstehen dadurch keine metastatischen Abscesse,

sondern gelegentlich einmal Brand oder im Gehirn Erweichung. Auf der andern Seite findet man in der Regel gar nicht die Spuren der Endocarditis in den meisten Leichen von Pyämischen, wenn sie auch noch so viele Abscesse im Bereich des grossen Kreislaufs gehabt hatten. Nach meiner Ansicht muss man die Entstehung der Abscesse im Bereiche des grossen Kreislaufs ableiten von der innigen Durchdringung aller Parenchyme mit dem septischen Eiterserum, welches der Blutstrom mit sich führte. Es bedarf dann, bei der schon vorhandenen grossen Neigung zu Gerinnungen, nur eines geringfügigen Anstosses, um an irgend einem Theile des Körpers eine entzündliche oder statische Reaction gegen diese septische Inbibition herbeizuführen. Es sind mir viele Beispiele bekannt, wo sich eine äussere Veranlassung geltend machen liess, um das Entstehen einer Metastase an einer bestimmten Stelle zu erklären. Der Patient hatte früher daran eine Contusion erlitten, oder hatte auf dem Gliede gelegen, es war dasselbe der Zugluft ausgesetzt gewesen etc. Die Lungenabscesse bilden sich vorzugsweise häufig auf der Oberfläche, wo die Lunge, bei ihrer Ausdehnung, einer Friction mit der Rippenpleura unterworfen ist, häufiger an der Seite, wo die Verletzung liegt, z. B. in der rechten Lunge, wenn der rechte Arm verletzt ist, und umgekehrt. Kurz die innere Ursache zur Entstehung der secundären Abscesse ist überall vorhanden und es gehören, zum Theil unbekannte, äussere Momente dazu, die Ablagerung gerade auf einen gewissen Punct zu fixiren. In einzelnen Fällen ist kaum irgend ein Theil des Körpers frei von Abscessen, und doch war keine Endocar-

ditis vorhanden. Ich muss übrigens bemerken, dass ich in der Militairpraxis solche ausserordentlich zahlreiche Abscesse im Gebiete des grossen Kreislaufs nicht gesehen habe.

Therapie. Gegen die in Kriegslazarethen herrschende Pyämie giebt es kein bewährtes Mittel, man muss deshalb Alles anwenden, sie zu verhüten. Einzelne Pyämische rettet man dadurch, dass man sie in frische luftige Locale verlegt.

6. Hospitalbrand.

Da ich nur einmal in meinem Leben einen Fall von Hospitalbrand gesehen habe, während meiner Studien in Berlin, an einem Mädchen in der Charité, der ich auf Rust's Anordnung ein Fontanell für eine Erbse am Arm angelegt hatte, wodurch in wenigen Tagen ein Thaler grosses brandiges Geschwür entstanden war, von dem mir der Stabsarzt sagte, es sei der Hospitalbrand, so werde ich mich über diesen Gegenstand um so kürzer fassen, da die Ansichten über denselben bei competenten Beobachtern sehr übereinstimmend gefunden werden. Der Hospitalbrand ist sicher die schlimmste Form derjenigen Krankheiten, welche in überfüllten oder zu anhaltend benutzten Spitälern zum Vorschein kommen, weil er auch die leichtesten Wunden zu compliciren pflegt und nicht bloss ein fixes, sondern auch ein flüchtiges, in der Atmosphäre bis auf gewisse Distancen wirksames Contagium hervorbringt.

Er zeichnet sich aus durch eine kreisförmige Vergrösserung der Wunde, eine Form, welche an die Diffusion anderer animalischer Gifte von dem inficirten Puncte aus erinnert, z. B. die Form vieler Chanker oder

der Pustula maligna. Nach dem Grade der Intensität des Giftes verändert sich die Wunde verschiedentlich. In gelinderem Grade bedeckt sie sich mit einem Filze, welcher aus abgestorbenen Geweben und fibrinösen Exsudaten besteht, an der Oberfläche fortwährend durch Fäulniss schwindet, während er an der Peripherie und nach innen zunimmt. In der acutesten Form schreitet die Vergrösserung der Wunde fort, ohne diese sichtbaren Reste zu hinterlassen. In beiden Formen ist die ausserordentliche Schmerzhaftigkeit der Wunde und die Masse der eigenthümlich stinkenden Jauche bemerkenswerth. Das Zellgewebe fällt der Zerstörung am leichtesten zum Opfer und indem dieses unter der Haut schon ergriffen wird, bildet sich um die Wunde herum ein fingerbreiter Ring von erysipelatöser Röthe und im weiteren Kreise eine teigig ödematöse Anschwellung. In der acutesten Form gehen binnen wenigen Tagen grosse Partien verloren, in andern, aber deshalb nicht minder lebensgefährlichen Epidemien, schreiten die Zerstörungen binnen Wochen erst eben so weit.

Die allgemeinen Erscheinungen sind verschieden je nach der Constitution der Befallenen und endemischen und anderen Verhältnissen. Constant sind grosse Niedergeschlagenheit und rasche Abmagerung.

Der Tod erfolgt durch Erschöpfung, Blutungen, oder wie die Leichenöffnungen von Pitha beweisen, mitunter durch Pyämie. Aus diesen Leichenöffnungen kann man auch den Schluss ziehen, dass die von Pitha, als charakteristisch für den Hospitalbrand angesehenen Blutungen, zum Theil freilich durch blosse Erosion der Gefässe entstehen, zum Theil aber auch phlebostatisch sind,

das heisst durch Gerinnungen in grossen Venen veranlasst werden. Ist diese Krankheit erst einmal in einem Lazarethe einheimisch geworden, so ist sie sehr schwer wieder zu vertilgen, ihre Verbreitung durch die Jauche ist eben so wenig zweifelhaft, wie die durch die Luft; es ist hinreichend, von einem Krankensaale, in dem sie herrscht, einen Luftstrom in einen anderen zu leiten, um sie binnen der kürzesten Frist auch in diesem zum Ausbruche zu bringen. Diese Thatsachen sind durch so vollgültige Autoritäten constatirt, dass sich die exacten Forscher unserer Zeit die Mühe sparen können, durch ihre miserabeln Impfungen darüber neues Licht verbreiten zu wollen. Nachdem Blackadder und andere ausgezeichnete Aerzte, die an ihrer eigenen Person zufällig erlittenen Impfungen mit ihren Folgen beschrieben haben, bedarf es keiner Versuche an Kaninchen oder gar an Menschen mehr.

Bleiben die Patienten unter den Verhältnissen, unter welchen sie vom Hospitalbrande befallen wurden, so geht ungefähr der dritte Theil von ihnen elend zu Grunde, wobei immer noch vorausgesetzt werden muss, dass Einiges zur Verbesserung ihrer Lage geschehe. In der frischen Luft, auf Transporten, bessert sich der Zustand der am Hospitalbrande Leidenden, werden sie indess nach einer kurzen Reise wieder in Lazarethen zusammengepfercht, so tritt das Uebel in seiner früheren Heftigkeit wieder auf, da sie das Gift in ihren Wunden bei sich führen. Bei den Patienten, welche mit dem Leben davon kommen, hört das Umsichgreifen des Brandes auf, die Wunde fängt an zu heilen, kann aber öfter vom Hospitalbrande ergriffen werden.

Es sind ganz vorzüglich Patienten mit Schusswunden und anderen unreinen Wunden, durch deren Zusammenhäufung sich unter gewissen, noch nicht näher bekannten Umständen der Hospitalbrand entwickelt.

In Betreff der Aetiologie einer Hospitalbrand-Endemie sind folgende Umstände nicht ausser Acht zu lassen. Sie kommt gewöhnlich erst zum Ausbruche in Localen, welche längere Zeit benutzt worden sind und manchmal erst dann, wenn die Verwundeten, deren Effluvien den Grund zur Infection des Locals gelegt haben, bereits gestorben oder geheilt entlassen sind, und nun epidemische Verhältnisse eintreten, welche den allgemeinen Gesundheitszustand verschlechtern und zur Entstehung anderer herrschenden Krankheiten beitrugen. So war es nach dem Berichte von Prof. Hecker in dem Freiburger Krankenhause, wo einige Fälle von Spitalbrand vorkamen, nachdem die während des Sommersemesters 1848 dort befindlichen, mit Schusswunden behafteten Patienten längst geheilt oder gestorben waren. Dieselbe Beobachtung ist in dem Frankfurter Krankenhause von Dr. Fabricius gemacht worden. Auf diese Art ist es zu erklären, dass man in unserer Zeit das dem Hospitalbrande ursprünglich zu Grunde liegende endogene Miasma übersehen konnte und die Entstehung des Brandes lediglich epidemischen Einflüssen zuschrieb. Das wäre denn ein Hospitalbrand ohne Hospitäler! Dergleichen theoretische Ansichten würden von keinem Belange sein, wenn sie keinen Einfluss auf die Praxis hätten. Sobald sie indess dazu führen, die bewährten Vorsichtsmassregeln gegen die Verbreitung eines so ge-

fährlichen Uebels gering zu achten, müssen sie nachdrücklich bekämpft werden.

Diese bewährten Vorsichtsmassregeln bestehen nun 1) in dem Verlassen der inficirten Räume, welche erst nach durchgreifender Reinigung und nach langer Zeit mit Vorsicht wieder in Gebrauch genommen werden dürfen; 2) in der möglichst vollständigen Isolirung der vom Hospitalbrande ergriffenen Kranken und der Verdächtigen; 3) in der Zerstörung des in den ergriffenen Wunden erzeugten Giftes durch das glühende Eisen oder concentrirte Aetzmittel wie die Salpetersäure, das Chlorzink oder die Fowlersche Tinctur, wobei auch die bereits geröthete Haut der Zerstörung mit unterworfen werden muss. Nur in ganz gelinden Fällen dürfen gelindere Mittel, wie der Chlorkalk, die Höllensteinsolution, versucht werden, welche jedoch sofort mit den schnell zerstörenden vertauscht werden müssen, wenn sie nicht bald Erfolg zeigen.

In Betreff der allgemeinen Behandlung sind die Ansichten der Militairchirurgen verschieden. Dies kann nicht befremden, da die allgemeinen Zufälle in einzelnen Epidemien sich sehr verschieden gestaltet haben, so dass bald ein antiphlogistisches, bald ein antigastrisches, bald ein tonisches Verfahren indicirt schien und nützlich befunden wurde.

Auch in Betreff der Bedeutung der constitutionellen Erscheinungen gehen die Ansichten auseinander, indem man theils die Infection des Blutes für das Primäre hielt und davon die den fieberhaften und gastrischen Erscheinungen um einige Tage nachfolgende

Veränderung der Wunde herleitete, theils die constitutionellen Erscheinungen für secundäre erklärte. Diese Frage ist schwerlich vollständig zu lösen, weil beide Fälle möglich sind und bei anderen Infectionen ebenfalls angetroffen werden. Der Milzbrandcarbunkel kann durch den Genuss des Fleisches eines kranken Thieres entstehen oder durch locale Infection. In letzterem Falle kann die Cauterisation helfen, in dem ersteren nicht. Ausserdem finden wir, dass locale Infectionen ihr Incubationsstadium haben, in welchem sie constitutionelle Zufälle machen und dann erst locale, wie z. B. manche Impfungen durch Leichengift.. In praktischer Beziehung kann man sich nach meiner Ansicht vor dem Dilemma des constitutionellen oder localen Ursprungs des Hospitalbrandes am besten retten, wenn man die Entfernung der Patienten aus dem inficirten Lazarethe als das Hauptpurificationsmittel der inficirten Constitution betrachtet, das Gift aber jedenfalls in der Wunde zerstört, ohne viel darüber zu grübeln, ob es von aussen eingedrungen ist oder aus der Luft im Blute aufgenommen und in der Wunde abgelagert worden sei.

Unter den bei Behandlung des Hospitalbrandes unentbehrlichen inneren Mitteln wird von allen Beobachtern das Opium obenan gestellt, unter den äusseren nächst der Cauterisation die scrupulöseste Reinlichkeit und Sorgfalt in der Entfernung der Wundsecrete durch Baden, Spülen und Umschläge von lauem oder kaltem Wasser, nach dem Gefühle der Kranken.

Es liegt die Vermuthung sehr nahe, dass wenn in unserer Zeit der Hospitalbrand seltener geworden ist,

dies zum Theil daher kommen möge, dass man Wunden und Geschwüre mehr mit Umschlägen, als mit Charpie und scharfen Salben behandelt, wodurch die Secrete viel schneller weggeschafft werden, die früher meistens 24 Stunden auf der Wunde haften blieben.

Behandlung der Verwundeten auf dem Schlachtfelde.

Die Verwundeten werden, wenn sie dessen bedürfen, von ihren Cameraden oder von einer eingeübten Sanitätsmannschaft aus dem Bereiche des Feuers getragen. Nur wenn Gefahr der Verblutung besteht, werden sie, noch innerhalb Schussweite vom Feinde, mit einem Tourniquet versehen. Ausserdem werden den Verwundeten von der Sanitätsmannschaft diejenigen Dienste geleistet, welche jeder muthige und verständige Mann, auch ohne Arzt zu sein, leisten kann. Die nächste ärztliche Hülfe finden sie bei den, ihrem Truppenkörper bis auf angemessene Entfernung in das Gefecht folgenden, Aerzten. Sind diese von ihrem Truppenkörper abgekommen, so wird der Verwundete nach dem Brigade-Ambulanceplatze gebracht.

Nur den Aerzten liegt es ob, die Beschaffenheit der Wunden genauer zu erforschen, und die erforderliche Ausziehung der Kugel und anderer fremden Körper vorzunehmen. Es würde zu heillosen Pfuschereien führen, wenn man dies Geschäft der Sanitätsmannschaft übertragen wollte.

Extraction der fremden Körper.

Von der äussersten Wichtigkeit ist es, sich zu überzeugen, ob die Kugel sämmtliche den verwundeten Theil bedeckenden Kleidungsstücke durchdrungen habe. Ist auch nur eins dieser Kleidungsstücke, das Hemd, die Hose oder Unterhose undurchbohrt geblieben, so wird dadurch alles Suchen nach der Kugel in der Wunde überflüssig, selbst wenn diese ein tiefes Eingehen mit dem Finger gestatten sollte. Unzählige Verwundete sind schon nutzlos gequält worden durch Suchen nach einer Kugel, welche gar nicht vorhanden sein konnte, weil ein Theil der Kleider nicht durchbohrt war. Eben so wichtig ist es, sich zu überzeugen, ob der Wundcanal an beiden Enden offen sei, ob eine Ausgangsöffnung der Kugel vorhanden sei? Dies wird freilich nicht so oft übersehen, als das Undurchbohrtsein der Kleider, aber doch ist es mir öfter vorgekommen, wo die Ausgangsöffnung klein war und an einem Puncte lag, welcher der Untersuchung nicht leicht zugänglich ist. Es können übrigens zwei Oeffnungen vorhanden sein, ohne dass die Kugel wieder ausgetreten ist, die zweite Oeffnung kann durch ein abgesprengtes Knochenstück hervorgebracht worden sein und lässt sich dann durch ihre Form von der Austrittsöffnung einer Kugel unterscheiden.

Die Extraction der fremden Körper geschieht mit Hülfe des Zeigefingers der linken Hand als Sonde, einer scharffassenden Kornzange und, nöthigenfalls, eines geknöpften oder einfachen Messers. Liegt eine Kugel nahe der Haut und kann ganz sicher gefühlt werden,

so macht man einen freien Einschnitt auf dieselbe, um sie auszuziehen, und enthält sich aller Versuche, dieselbe aus der Eingangsöffnung eines längeren Schusscanals heraus zu befördern. Diese Massregel ist um so räthlicher, weil im Allgemeinen Schusscanäle mit zwei Oeffnungen leichter heilen, als mit einer. Man hüte sich, Knochenvorsprünge für Kugeln zu halten. Dies geschieht natürlich am leichtesten, wenn dieselben fracturirt und dadurch beweglich geworden sind. Aber auch ohne diesen Entschuldigungsgrund sind Versehen dieser Art vorgekommen.

Mitunter hilft der Verwundete selbst dem Arzte beim Auffinden der Kugel, indem er den Platz angiebt, wo er sie fühlt, oder wo ein angebrachter Druck einen eigenthümlichen Schmerz hervorbringt. Wenn die Kugel nahe unter der Haut verlief, so bezeichnet sie gewöhnlich ihre Bahn durch ein emphysematöses Knistern, welches von eingedrungener Luft abhängen muss, da es gleich nach erhaltener Wunde bemerkbar ist. Ambroise Paré giebt schon die weise Regel, man solle nach der Kugel nicht eher suchen, bis man das Glied wieder in dieselbe Stellung gebracht habe, in welcher es die Wunde empfing. Es ist überraschend, mit welcher Leichtigkeit man dann oft die Kugel findet. In der Regel ist der Verwundete im Stande, die Stellung zu bezeichnen, in welcher er verwundet wurde, kann er es nicht, so muss man verschiedene Stellungen probiren.

Viel schwerer als Kugeln sind andere fremde Körper, besonders Stücke der Kleidung, zu entdecken,

wenn sie nicht, wie es oft der Fall ist, dicht am Eingange des Schusscanals liegen.

Diese Reinigung der Schusswunden von ihren fremden Körpern ist ein Geschäft, welches sich am besten für das Schlachtfeld eignet, weil dieselbe bei der ganz frischen Wunde am wenigsten schmerzt und am wenigsten irritirt. Auch haben die Aerzte an den Lazarethen in der Regel zu viel zu thun mit einzelnen schwer Verletzten, um sich aller ankommenden Verwundeten mit gleicher Aufmerksamkeit anzunehmen. Nach meiner Ansicht sollte der ärztliche Dienst auf dem Schlachtfelde selbst so geregelt sein, dass kein Verwundeter dasselbe verliesse, ohne dass in Betreff der Entfernung der fremden Körper das Nöthige geschehen sei. Ganz allgemein lässt sich dies nicht durchführen, denn manche Verwundete verlassen, auf eine oder die andere Art, das Schlachtfeld, ohne dort von einem Arzte gesehen zu sein. Aber für die grosse Mehrzahl ist die Möglichkeit vorhanden, schon auf dem Schlachtfelde ihre Wunden untersuchen und von fremden Körpern reinigen zu lassen. Wenn dies allgemeiner Brauch wird, so könnte man dreist an die Lazarethärzte den Befehl ergehen lassen, in keine Wunde mehr mit Sonden oder Fingern einzugehen, in der blossen Absicht, nach der Kugel und anderen fremden Körpern zu suchen. Der Schaden, welchen einige wenige, der Ausziehung fähige, Kugeln verursachen, wenn sie stecken bleiben, würde lange nicht so gross sein, als eine nutzlose Irritation der meisten Wunden durch wiederholte Untersuchungen.

So wenig zweifelhaft nun auch der Nutzen einer frühzeitigen Extraction der Kugel ist, so zweifelhaft ist

der Vortheil einer ausgedehnten Extraction loser Knochensplitter. In einzelnen Fällen ist dieselbe dringend geboten, z. B. wenn die Splitter des Unterkiefers in den Hals gerathen sind; bei oberflächlich liegenden Knochen kann sie oft mit Leichtigkeit geschehen, aber bei tief liegenden Knochen ist der Nutzen der Extraction vieler kleiner, ganz loser Splitter zweifelhaft, weil ein zu häufiges Eingehen in die Wunde dazu erforderlich ist; grosse Splitter hängen fast immer noch an einigen Puncten fest und können nicht ohne neue Beleidigung entfernt werden. Man bedenke dabei immer, dass es bei weitem weniger die losen, also der Ausziehung fähigen, Splitter sind, welche die weichen Theile irritiren, als vielmehr die scharfen Enden des oberen und unteren Fragments, welche durch Muskelcontractionen aus ihrer Lage gebracht werden können. Dies hat man auch längst eingesehen; deshalb folgten in unserer Zeit noch Baudens und Andere dem Verfahren von Bilguer, welcher durch grosse Einschnitte die gebrochene Stelle zugängig machte und die scharfen Enden resecirte. Indess giebt es wohl keine chirurgische Operation, welche ich, allgemeiner angewendet, für so verwerflich hielte, als die Resection zerschmetterter Knochen in der Continuität. Je weniger man sich um die Knochentrümmer einer Schussfractur in der Continuität bekümmert, desto besser ist es für den Verwundeten. In dieser Beziehung brauche ich nur auf das zu verweisen, was Dr. Esmarch in seiner Schrift über Resectionen bei Schusswunden gesagt und mit schlagenden Thatsachen belegt hat. Je mehr man den Schusscanal gewissermassen ignorirte und den Fall wie eine

einfache Fractur behandelte, desto besser wurden die Resultate. Es gilt hier, in Bezug auf die Behandlung, dieselben Vorurtheile zu überwinden, welche in früheren Zeiten die Trepanation zertrümmerter Schädelknochen als eine verdienstliche Operation erscheinen liessen.

Grössere chirurgische Operationen auf dem Schlachtfelde.

Die Ausdehnung, welche man diesen giebt, richtet sich nach der Beschaffenheit des Kampfplatzes und nach der Nähe der Hospitäler erster Linie. Sind diese entfernter, als sie es z. B. bei der Schlacht von Idstedt waren, wo dieselben keine Stunde vom Schlachtfelde entfernt lagen, so muss eine um so grössere Zahl von Aerzten an die Verbandplätze beordert werden, welche im entgegengesetzten Falle die erforderlichen Operationen im Hospitale selbst vornehmen können. In jedem Falle müssen die Einrichtungen so getroffen werden, dass es weder an Aerzten, noch an Requisiten fehlt, um schon auf dem Schlachtfelde selbst amputiren zu können. Je mehr den Aerzten der Lazarethe vorgearbeitet wird, desto besser können diese für die Verwundeten sorgen, und kommen nicht in die Lage, Operationen, welche sogleich gemacht werden müssen, zu verschieben, weil ihre Kräfte total erschöpft sind. Da man bei gehöriger Sorge für Beleuchtung jede chirurgische Operation bei Nacht machen kann, so darf die einbrechende Nacht die Thätigkeit der Wundärzte nicht unterbrechen; aber menschliche Kräfte finden ihr Ziel. Nach der Schlacht von Idstedt wurde keine grosse

Operation verschoben, aber es wurden in Schleswig 41 Amputationen und Resectionen grösserer Gliedmassen in den ersten 24 Stunden gemacht.

Indicationen zur Amputation oder Exarticulation auf dem Schlachtfelde im Allgemeinen.

Die Anzeigen zur sofortigen Verrichtung einer Amputation sind im Allgemeinen folgende:

1) Es ist durch irgend ein Projectil ein grösseres Glied weggerissen worden, man beabsichtigt an die Stelle einer gequetschten und gerissenen Wunde, mit gewöhnlich vorstehendem Knochen, eine reine Wunde zu setzen. Ich sage absichtlich ein grösseres Glied, denn an Fingern und Zehen giebt es fast keine Wunde dieser Art, welche nicht ohne Amputation geheilt werden könnte. Unter den Invaliden der schleswig-holsteinschen Armee befinden sich 73 mit Schussfracturen der Hand und Finger, unter denen nur der zehnte Theil amputirt wurde. Wie ich oben bereits bemerkte, hatten diese Wunden, auch ohne Amputation, niemals Tetanus zur Folge. Ich halte es aber doch für besser, dass die meisten zerschmetterten Finger auf dem Schlachtfelde amputirt oder exarticulirt werden, weil die Heilung schneller von Statten geht und nicht ein unbrauchbares hinderliches Glied zurückbleibt. Geschehen diese kleinen Operationen nicht auf dem Schlachtfelde, so werden sie zu lange verschoben, denn in den Lazarethen haben die Aerzte zu viel mit schweren Fällen zu thun. Die in der Periode entzündlicher Reaction von unvorsichtigen Aerzten unternommenen Finger-Exarti-

culationen hatten so üble Folgen, dass ich mich sehr bald veranlasst fand, sie geradezu zu untersagen, weil die Reaction sich sehr verbreitete und auch andere Finger, mitunter die ganze Hand, unbrauchbar machte.

Es versteht sich von selbst, dass man von dem Daumen erhalten muss, was irgend erhalten werden kann, und bei diesem Finger deshalb lieber auf die Amputation Verzicht leistet.

2) Die Verletzung eines Gliedes ist von der Art, dass dadurch die Bedingungen seines Fortbestehens oder seiner Nützlichkeit aufgehoben worden sind. Die Bedingungen des Fortbestehens eines Gliedes bestehen in der Erhaltung seiner vorzüglichsten Gefässe und Nerven, die fernere Nützlichkeit desselben hängt vorzüglich von dem Zustande der Organe für die Ortsbewegung, Knochen und Muskeln, ab. Auch kommt der Zustand der Haut hier in Betracht; denn ein Glied, dessen Wunde nicht heilen kann, weil dasselbe einen zu grossen Substanzverlust an Haut erlitten hat, ist eine eben so lästige Bürde, als ein anderes, dessen Knochen oder Muskeln zu ausgiebig verletzt worden waren, um nach der Heilung noch wieder brauchbar zu werden. Wegen eines solchen Hautverlustes am Unterschenkel habe ich einmal eine Amputation gemacht, nachdem man 7 Jahre vergebens auf Vernarbung gehofft hatte.

3) Ein Streifschuss durch eine Kanonenkugel hat, bei Erhaltung der Haut, die übrigen Weichtheile und die Knochen zertrümmert.

Am leichtesten zu beurtheilen sind diejenigen Fälle, in denen die Bedingungen des Fortbestehens einer Extremität durch Zerstörung der wichtigsten Blutgefässe

und Nerven aufgehoben worden sind. Circulation, Gefühl und Bewegung haben in dem, unter der Verletzung liegenden, Theile des Gliedes ganz oder grössten Theils aufgehört. Schon etwas schwieriger ist es, die Nothwendigkeit einer Amputation aus dem geschehenen Hautverluste herzuleiten, aber diese Fälle kommen im Felde nur selten vor.

Am schwierigsten ist die Beurtheilung der Fälle, in denen die Bedingungen des Fortbestehens eines Gliedes nicht sofort durch die Verwundung aufgehoben wurden, aber im weiteren Verlaufe des Falles Erfahrungsgemäss solche Störungen in der Circulation und Nutrition des Gliedes erfolgen, dass dessen Erhaltung unmöglich wird, oder mit zu grossen Gefahren erkauft werden muss. Diese Fälle betreffen vorzüglich die Schussfracturen der unteren Extremitäten, wenn der Schusscanal den grossen Gefässen nahe liegt, oder wenn diese durch allzu grosse Nähe grosser Knochentrümmer oder Fragmente irritirt werden und sich durch Blutgerinnungen oder fibrinöse Exsudate verschliessen.

Bei fast allen denjenigen, welche ich mit Erhaltung des Gliedes von Schussfracturen des Oberschenkels habe genesen sehen, lag der Schusscanal an der Aussenseite des Femur, also möglichst weit von den Gefässen entfernt.

Die grösste Schwierigkeit in der Erwägung der eventuellen Gefahren für die Erhaltung eines Gliedes, welches eine Schussfractur erlitten hat, liegt in der Ungewissheit über das fernere Schicksal des Verwundeten. Hat er einen weiten unbequemen Transport zu erleiden, kommt er in ungeschickte Hände, so ist Glied oder

Leben verloren, ja man kann wohl sagen, dass das Schicksal eines Gliedes von einer einzigen zu fest angelegten Bindentour abhängen kann, welche den Grund zu einer weit verbreiteten Infiltration legt. Bei der Unmöglichkeit, alle Eventualitäten richtig zu schätzen, wird die conservative Chirurgie nie in so grosser Ausdehnung im Felde Platz greifen können, als in der Civilpraxis, wo man eher wissen kann, was später mit dem Verwundeten geschehen wird.

Specielle Indicationen für Amputation oder Exarticulation auf dem Schlachtfelde.

1) An den oberen Extremitäten.

Die Indicationen sind hier verschieden von denen für die unteren Extremitäten, weil an den oberen jede Wunde leichter heilt, als an den unteren; am rechten Arme aber etwas leichter, als am linken, wie Dr. Esmarch berechnet hat. An den oberen Extremitäten sind es nur die gleichzeitigen Verletzungen von Gefässen und Nerven, so wie die gleichzeitigen Verletzungen der Knochen und grossen Blutgefässe, so wie grosse Substanzverluste der Weichtheile, welche die Amputation bedingen.

1) Der Arm ist durch schweres Geschütz weggerissen oder so zerfleischt und zerbrochen worden, dass an eine Erhaltung desselben nicht gedacht werden kann. Bei den Amputationen oder Exarticulationen, welche wegen Wegreissung des Arms unternommen werden, ist ganz besonders darauf Acht zu geben, ob nicht die Organe der Brust oder Bauchhöhle gleichzeitig Ver-

letzungen erlitten haben, welche dem Leben bald ein Ende machen müssen. Wo jedoch der tödtliche Ausgang der inneren Verletzung ungewiss ist, oder fern liegt, muss doch amputirt werden, wenn auch nur aus Mitleid mit dem Verwundeten, dessen Leiden man dadurch vermindert. Im Felde habe ich mehrere Amputationen der Art machen lassen und noch im Jahre 1853 einen auf einer Eisenbahn zerfleischten Arm amputirt, wo die unteren Extremitäten durch Quetschung des Rückenmarks gelähmt waren. Der Kranke starb erst nach Heilung der Amputationswunde in der vierten Woche. An eine brillante Statistik der Amputirten muss man dabei nicht denken.

2) Der Plexus brachialis ist durch einen Schuss am Oberarme zerrissen worden, so dass die ganze Hand Bewegung und Empfindung verloren hat. Unter diesen Umständen muss auch die Brachial-Arterie zerrissen sein und der Radialpuls hat aufgehört.

3) Der Oberarm ist fracturirt und zugleich die Brachial-Arterie zerrissen, der Puls an der Radialis ist nicht zu fühlen, und giebt dadurch auch, ohne vorhandene augenblickliche Blutung, den Beweis dafür.

4) Das Ellenbogengelenk ist zertrümmert und zugleich die Brachial-Arterie zerrissen worden.

5) Das Handgelenk oder der Carpus ist in einer seiner grösseren Dimensionen von einer Kugel durchschossen worden, besonders wenn die Gewissheit vorliegt, dass die Arteria radialis oder ulnaris dabei zerrissen worden sind. Schüsse, welche das Handgelenk oder den Carpus in gerader Richtung von der Dorsal-

seite nach der Volarseite durchdringen ohne Gefässverletzung, indiciren bei guter Pflege keine Amputation.

Keine Knochenverletzung der obern Extremität durch eine Flinten- oder Kartätschenkugel indicirt für sich die Amputation.

Die Verletzung der Brachial-Arterie indicirt für sich allein ebenfalls nicht die Amputation. Ich habe die angeschossene Brachialis zweimal mit gutem Erfolge an der verletzten Stelle selbst aufgesucht und doppelt unterbunden.

Eben so wenig indicirt die Verletzung eines einzigen Nervenstammes am Arme, des Medianus, Radialis oder Ulnaris für sich oder in Verbindung mit Schussfractur die Amputation. Ich habe, ungeachtet der fortbestehenden Lähmung im Gebiete eines dieser Nerven, die verschiedensten Schussfracturen heilen sehen.

2) An den untern Extremitäten.

1) Ein Theil der Unterextremität ist durch schweres Geschütz fortgerissen worden, oder hat einen unersetzlichen Substanzverlust an Weichgebilden erlitten, oder eine subcutane Zertrümmerung der Knochen und der Weichtheile.

2) Die Arteria und Vena cruralis oder poplitaea sind zerrissen worden, die Circulation im unteren Theile des Gliedes hat aufgehört, wenn auch für den Augenblick keine Blutung vorhanden ist.

3) Das Os femoris ist in grossem Umfange aufwärts und abwärts zersplittert worden, wie dies am Leichtesten durch eine Kartätschenkugel geschieht.

4) Das Os femoris ist zersplittert worden, wobei der Schusscanal eine solche Richtung hatte, dass die

Fragmente gegen die grossen Gefässe hingeschleudert werden mussten.

5) Das Os femoris ist zerbrochen und der Nervus ischiadicus zerrissen.

Für sich allein indicirt die Zerreissung des Nervus ischiadicus nicht die Amputation. Ich habe sie dreimal mit glücklichem Ausgange gesehen; in einem Falle, den ich oben erwähnt, trat Trismus ein. In den glücklich verlaufenen Fällen blieb die Lähmung im Gebiete des Ischiadicus, aber das Glied war doch noch nützlicher als ein Stelzfuss.

6) Die Kniegelenkskapsel ist von einer Kugel durchbohrt worden und die das Kniegelenk bildenden articulirenden Enden sind so zersplittert worden, dass eine rasche entzündliche Anschwellung danach erfolgen muss, wenn der Verwundete transportirt wird.

Auch wo sich bei Durchborung der Kniegelenkskapsel die Knochenverletzung auf einen blossen Eindruck oder Contusion beschränkt, ist leider, nach den bisherigen Erfahrungen, die Amputation allein lebensrettend, aber die Amputation kann bis zur Ankunft in einem naheliegenden Lazarethe verschoben werden, weil der Transport den Zustand des Verwundeten nicht so verschlimmert, wie bei ausgedehnter Zersplitterung.

7) Die Tibia ist dicht unter dem Kniegelenke ausgiebig zersplittert worden, so dass Spalten in das Gelenk dringen, welche mit Sicherheit erkannt werden können.

Auch in diesem Falle wird es in der Regel vorgezogen werden müssen, die Amputation bis zur Ankunft im Lazarethe zu verschieben.

8) Tibia und Fibula sind von einer Kugel mit ausgedehnter Splitterung zerbrochen worden. Unter günstigen Umständen kann hier das Bein erhalten werden. Zum Beispiel, wenn nur der eine Knochen von der Kugel getroffen wurde, der andere nur durch das Gewicht des Körpers im Fallen brach, oder wo die Splitterung beschränkt ist.

9) Die Tibia allein ist in grossem Umfange zersplittert worden. Auch hier ist die Erhaltung des Beines möglich, aber nicht sehr wahrscheinlich.

10) Das Tibio-tarsal-Gelenk ist in einem seiner grösseren Durchmesser von einer Kugel durchdrungen worden, so dass man auf ausgedehnte Splitterungen der Tibia oder des Astragalus oder beider zu rechnen hat.

Blosse Streifungen des Fussgelenks, mit Eröffnung seiner Kapsel, z. B. wenn der Malleolus internus oder externus weggeschossen worden sind, gestatten die Erhaltung des Fusses, wie ich sie selber mehrere Male gesehen habe. Bei grossen Substanzverlusten des Malleolus externus nimmt aber der Fuss während der Heilung eine Valgusform an und wird unbrauchbar, so dass man sich eher zu einer Amputation entschliessen muss, wenn das Fussgelenk an seiner Aussenseite verletzt worden war, als wenn die Verletzung den Malleolus internus betraf.

11) Der vordere Theil des Fusses ist durch schweres Geschütz zertrümmert worden.

Keine Verletzung des Fusses durch eine Flintenkugel indicirt eine Amputation, mit Ausnahme der Zertrümmerung des Astragalus als Bestandtheil des Tibio-tarsal-Gelenks.

Bei einer einfachen, antiphlogistisch exspectativen Behandlung habe ich Wunden des Tarsus und Metatarsus durch Flintenkugeln, welche in den verschiedensten Richtungen den Fuss durchdrungen hatten, oder wo die Kugel stecken geblieben war, glücklich heilen sehen. Eine frühzeitige Extraction der Kugel, wobei man sich zuweilen des Schraubenziehers bedienen muss, ist dabei wünschenswerth, wenngleich nicht eine unerlässliche Bedingung zur Erhaltung des Fusses.

Gelenkresectionen auf dem Schlachtfelde.

Durch den schleswig-holsteinischen Krieg sind diese Operationen in ein neues Stadium getreten und haben den Platz eingenommen, der ihnen gebührt, den man ihnen nicht wieder entreissen wird! Je grösser die Fortschritte sind, welche die Pathologie und Therapie der organischen Gelenkkrankheiten macht, desto weniger Gelenkresectionen wird man mit der Zeit aus solcher Ursache unternehmen. Aber Schussfracturen der Gelenke sind sehr determinirte Zustände, bei denen die Kugel in einem Momente Gefahren für die Erhaltung der Glieder und des Lebens herbeiführt, welche bei organischen Gelenkleiden in der Regel erst nach Monaten oder Jahren und selten ohne Beihülfe ungeschickter ärztlicher Eingriffe hervortreten.

Es ist nicht schwer einzusehen, warum die Gelenkresectionen bis auf die neueste Zeit in der Kriegschirurgie nicht den gebührenden Platz eingenommen haben. Zwei Ursachen scheinen mir dabei vorzüglich gewirkt zu haben, erstens, dass man Gelenkresectionen und Resectionen in der Continuität in eine Linie stellte, zwei-

tens, dass man noch kein Chloroform kannte. Die erste lässt sich schon aus den Schriften Bilguer's entnehmen, dessen Beispiele die meisten Wundärzte gefolgt sind, welche sich für die conservative Chirurgie interessirten. Dieser übrigens kühne und einsichtsvolle Mann, welcher nur in der gänzlichen Verwerfung aller eigentlichen Amputationen fehlte, stellt die Resection der Gelenke und die in der Continuität der Röhrenknochen als gleich berechtigt neben einander, wenn er gleich an mehreren Stellen zugiebt, dass die Gelenkverletzungen der operativen Eingriffe am meisten bedürften. Aber der Unterschied der anatomischen Verhältnisse ist in diesen beiden Fällen so gross, dass dieselben durchaus nicht dieselben therapeutischen Indicationen darbieten.

Bei den Schussfracturen der Continuität liegen die Fragmente zwischen Muskeln und Zellgewebe, Organe, die unter günstigen Umständen, sich mit plastischen Exsudaten durchsetzen und durch temporäre Einkapselung der Fragmente die Nachbargebilde schützen. Bei Gelenkschüssen ist es vorzugsweise die vermehrte Exsudation der Synovialmembran, welche die Kapsel ausdehnt, eine heftige Spannung des fibrösen Apparats herbeiführt und dadurch die heftigen constitutionellen Symptome herbeiführt, über die man sich nicht wundern kann, wenn man alle Tage sieht, wie krank der Mensch schon durch die mit einem Panaritio verbundene Spannung werden kann. Die von flüssigen Exsudaten ausgedehnte Kapsel, die sich durch die vorhandenen, zugeschwollenen Schusscanäle nicht entleeren kann, platzt an ihren, am wenigsten mit fibrösen Bändern bedeckten Stellen und ergiesst ihren Inhalt nach unten und oben

in den Zellstoff des Gliedes. Diese Ergüsse machen secundäre Eiterbildungen, oft von der grössten Ausdehnung und Gefahr. Je ausgedehnter die Synovialmembran, je fester die fibrösen Bänder, desto heftiger sind die Zufälle, welche sich durch kalte und später warme Umschläge mässigen, aber nicht ganz beseitigen lassen, denn die Synovialmembran muss ihren Zerstörungsprocess durch Eiterbildung durchmachen, ehe die Heilung durch Anchylose eintreten kann.

Schon Ambroise Paré that unter solchen Umständen das, was bis auf den heutigen Tag noch viele Wundärzte thun, welche die Vortheile eines anatomisch kunstgerechten Debridements oder, mit einem Worte, der Resection, nicht kennen. Er machte Einschnitte zur Entleerung der Exsudate und zur Erleichterung der Extraction der Knochensplitter. Man rühmt sich wohl noch in unsern Tagen solcher Curen, auf Kosten der Resection, obgleich die Humanität dieses Verfahrens nicht grösser ist, als wenn man, wie jener Schildbürger seinem Hunde, täglich nur ein kleines Stück von den Ohren schneidet, um ihm die Schmerzen der Amputation zu ersparen.

Bei alledem erreicht man bei diesem Verfahren doch nur ein anchylosirtes Glied, es möchte denn der Substanzverlust an Knochen so gross sein, dass dies ausnahmsweise einmal nicht passirte, während die Resection mit einem Male alle anderen operativen Eingriffe unnöthig macht, allen bedeutendern Leiden des Kranken vorbeugt und obendrein noch die Aussicht auf ein bewegliches Gelenk eröffnet.

Im Jahre 1839 sah ich bei Textor in Würzburg

einen jungen Mann, dem dieser vortreffliche Chirurg die Resection des Ellenbogengelenks wegen einer complicirten Fractur und Luxation gemacht hatte. Die Bewegungen des Gelenks waren so vollkommen wieder hergestellt und kraftvoll, dass ich diese Cur als das bewunderungswürdigste Werk der Natur und Kunst betrachtete und damals schon ahnte, dass das eigentliche Gebiet der Gelenkresectionen auf dem Schlachtfelde sein werde.

Dem grossen praktischen Genie Larrey's entgingen die Vortheile der Gelenkresectionen nicht, während er, wie bei der Inauguration seiner Statue, Roux sagte, gleichgültig gegen die Resection in der Continuität war. Auch Roux ist jetzt nicht mehr am Leben, und wird sich über diesen Punct mit seinem Freunde verständigt haben, wie Heim und Hufeland über den Gebrauch des Arseniks im Wechselfieber. Indess hat Larrey offenbar nicht sehr viele Gelenkresectionen gemacht und zwar gewiss aus verschiedenen Gründen. Larrey machte eigenhändig zu viele Amputationen und Exarticulationen, Operationen, die am Ende doch jeder tüchtige Militairarzt zu machen im Stande sein muss; wie sollte er da die Zeit finden, in den Riesenschlachten, denen er beiwohnte, auch die Resectionen vorzunehmen? Der zweite Grund aber war vermuthlich durchschlagend. Erst durch die Erfindung der Anästhesirung sind die Resectionen allgemeiner anwendbar geworden. Sie dauern, im Vergleich zur Amputation, zu lange, um sich ohne Hülfe des Chloroforms gegen diese behaupten zu können.

Dies führt mich sogleich zu der Frage, können

und sollen Gelenkresectionen schon auf dem Schlachtfelde gemacht werden? Nach der Schlacht von Idstedt kamen die Verwundeten noch in einem solchen Zustande von Exaltation vom nahen Schlachtfelde nach Schloss Gottorp, dass uns die Chloroformirung öfters misslang und jedenfalls einen grossen Zeitverlust herbeiführte. Darin kann allein schon ein Hinderniss ihrer Vornahme auf dem Schlachtfelde liegen, aber vielleicht nur das geringste; Mangel an Zeit und Ruhe wird wohl immer das vorzüglichste sein. Glücklicher Weise können die betreffenden Patienten meistens ohne grossen Schaden und Schmerz transportirt werden.

Uebrigens gilt von den Resectionen dasselbe, was von den Amputationen bereits gesagt wurde, je früher sie gemacht werden, desto besser; die Heilung erfolgt dann in wenig mehr Zeit, als nach einer Amputation und es ist desto mehr Aussicht auf ein bewegliches Gelenk vorhanden. Es ist eine bekannte Sache, dass die Narben um so ausgedehnter und desto weniger biegsam werden, je langwieriger der Heilungsprocess war. In dieser Beziehung muss ich von Dr. Esmarch abweichen, welcher annimmt, das Eintreten der Anchylose nach Resectionen des Ellenbogengelenks sei meistens dadurch herbeigeführt, dass man es versäumt habe, zur rechten Zeit Bewegungen vorzunehmen. Es ergiebt sich aus unsern Krankengeschichten, dass der Zeitpunct, in welchem die Operation gemacht wurde, den wesentlichsten Einfluss darauf hatte.

Das practische Gebiet der Gelenkresectionen beschränkt sich im Felde bis jetzt auf Schulter und Ellenbogengelenk, bei Schussfracturen ohne Nebenverletzun-

gen, welche für sich die Amputation indiciren. Es ist möglich, dass es unseren Nachfolgern vorbehalten bleibt, die weiteren Eroberungen auf diesem Felde zu machen. Für die unteren Extremitäten giebt es aber Schwierigkeiten, welche bei den oberen nicht in Betracht kommen. 1) Die schwierigere Heilung aller Wunden der Unterextremität. 2) Die Nachtheile einer bedeutenden Verkürzung, wie sie die Resection in vielen Fällen veranlassen müsste. Leider besteht der Nutzen der Gelenkresection nicht bloss in dem ausgiebigen Debridement der Gelenkbänder, auch die Abkürzung der verletzten Knochen muss hinzukommen, um ein, sonst nach der Operation früher oder später leicht hinzukommendes krampfhaftes Anstemmen der Knochen gegen einander oder deren Dislocation zu verhindern. 3) Nach Resectionen an der Unterextremität ist es schwer zu vermeiden, dass Gefässe oder Nerven von den Knochenenden gedrückt oder gereizt werden, man mag das Glied lagern oder befestigen, wie man will, eine Schwierigkeit, die bei der oberen Extremität gar nicht vorkommt.

Ich wage noch nicht, Andeutungen darüber zu geben, wie diesen Schwierigkeiten entgegen zu wirken sein möchte, wünsche aber nichts sehnlicher, als dass man dahin gelangen möge, auf irgend einem Wege die Amputation des Oberschenkels wegen Schussfractur des Kniegelenkes unnöthig zu machen. Es ist in der That ein höchst unheimliches Gefühl, wegen eines kleinen Loches im Kniegelenk ein sonst völlig gesundes Bein auf eine Art entfernen zu müssen, die nicht einmal das Leben hinreichend sicher stellt.

Mit Gelenkresectionen in der Unterextremität habe

ich nur einige wenige unglückliche Versuche am Hüft- und Kniegelenk gemacht, in Fällen, wo die Amputation sichern Tod gebracht haben würde; wie ich denn überhaupt nicht gern Versuche mache, bei denen ich meines Erfolges nicht ziemlich sicher bin.

Zeitpunct für die primäre Amputation.

Hutchison sagt, das Amputationsmesser müsse dem Schusse so bald als möglich folgen. Indess warten fast alle neueren Wundärzte, bis der Verwundete sich von dem ersten Choc, wie er namentlich bei Verletzungen durch grobes Geschütz vorzukommen pflegt, erholt hat und sein Puls regelmässig geworden ist. Diese Vorsicht ist nicht bloss nothwendig, weil der Verwundete sonst unter der Operation sterben kann, sondern weil bei Verletzungen der Oberextremität zugleich die Organe des Thorax oder der Unterleibshöhle auf eine Art verletzt sein können, die sich nicht immer ermitteln lässt, so lange der Verwundete ohnmächtig daliegt und über seine Empfindungen nicht befragt werden kann. Lange Andauer der Erschütterungszufälle muss immer den Verdacht erregen, dass eine innere Ruptur Statt gefunden habe. In unserer Zeit haben die meisten Wundärzte Gelegenheit gehabt, die furchtbaren Erschütterungszufälle kennen zu lernen, welche durch Ueberfahrenwerden auf Eisenbahnen entstehen, die mit Verletzungen durch grobes Geschütz die grösste Aehnlichkeit haben. Operirt man hier frühzeitig, wenn der Patient sich von der Erschütterung und Blutung noch nicht erholt hat, so verfällt er gewöhnlich in einen Collapsus, der bis zum Tode nicht wieder abnimmt. Indess auch

bei längerem Zuwarten und bei vollkommen regelmässigem Pulse amputirt, verfallen die Patienten oft wieder in den früheren Collapsus, so dass man deutlich erkennt, es giebt Fälle, in denen das Nervensystem durch die Verletzung so tief zerrüttet worden ist, dass eine Amputation das Leben nicht zu retten vermag und den Tod beschleunigt.

Es sind dies meistens Fälle, wo beide Unterextremitäten bis ins Kniegelenk zertrümmert waren und wo man am Oberschenkel amputiren muss. Verletzung und Amputation beider Unterschenkel wird schon eher ertragen.

Die Mehrzahl der neuern Chirurgen folgt der Maxime, so bald als möglich zu amputiren, welche durch die Napoleonischen Kriege von englischen und französischen Wundärzten in die Praxis eingeführt worden ist.

Die drei schleswig-holsteinischen Feldzüge haben neue Belege für ihre Richtigkeit gegeben.

Am meisten Aussicht auf Lebensrettung haben diejenigen, welche innerhalb der ersten 24 Stunden amputirt wurden. Am zweiten Tage ist die Prognose schon etwas ungünstiger, wenn der Transport weit und unbequem war und deshalb die verletzten Glieder schon infiltrirt sind. Am dritten und vierten Tage ist die Prognose am schlechtesten und wird vom sechsten Tage an allmälig wieder besser.

Operationstypen für Resectionen, Amputationen und Exarticulationen.

Es ist mir während meiner militairärztlichen Laufbahn zu Statten gekommen, dass ich Gelegenheit gehabt

hatte, die besten Methoden practisch zu prüfen und mich keiner ausschliesslich hinzugeben. Eine gewisse Gewandtheit in der Wahl der Methode für den vorliegenden Fall ist für den Militairarzt noch nöthiger, als für den Civilarzt, weil der erstere selten Zeit hat, sich lange zu besinnen.

Da die Erfahrung mich gelehrt hatte, dass bei übrigens günstigen Verhältnissen auf die Methode viel weniger ankommt, als auf ihre geschickte Anwendung, so war ich in dieser Beziehung nicht sehr difficil, ich liess den jüngeren Aerzten, welche unter meiner Leitung operirten, die Wahl der Methode, und empfahl nur dann eine andere, wenn diese augenscheinliche Vortheile darbot. Da ich die Ansicht hatte, dass Militairärzte vor allen Dingen so selbstständig wie möglich gemacht werden müssten, übernahm ich nur solche Operationen, die von anderen nicht wohl ausgeführt werden konnten, und begnügte mich mit der Stelle des Assistenten, welcher die Aufgabe hat, die weichen Theile zurückzuziehen. Dies Verfahren wurde nicht bloss dankbar anerkannt, sondern trug schon im ersten Feldzuge die besten Früchte durch das grössere Selbstvertrauen der Aerzte. Für die Patienten hatte es den Vortheil, dass sie doppelt aufmerksam von den Aerzten gepflegt wurden; jeder wollte gern die von ihm operirten durchbringen.

Resectionen.

1) Am Schultergelenke. Der von B. Langenbeck angegebene Typus ist hier der beste und kann überall in seiner ursprünglichen Form angewendet werden, wo die Zertrümmerung des Kopfes des Hume-

rus nicht von der Art ist, dass alle Verbindung desselben mit dem Schafte aufgehoben ist und man nicht mehr im Stande ist, durch Rotationen des Schaftes auf den Kopf zu wirken, um nach einander die Tubercula der Längswunde zu näheren. Wo dies der Fall ist, kann es nöthig werden, dem Längenschnitte, welcher in dem Sulcus intertubercularis verläuft, einen Querschnitt hinzuzufügen, welcher dicht über dem Acromion nach hinten verläuft. Es ist nämlich vortheilhafter, diesen Querschnitt nicht unter das Acromion zu verlegen, weil der zu bildende Lappen leichter bleibend adhärirt, wenn der Querschnitt $^3/_4$ Zoll über dem Endpuncte des Acromii verläuft.

Im Jahre 1849 gab ich eine Methode an, das Schultergelenk von hinten durch einen halbmondförmigen Schnitt zu eröffnen und zu reseciren, weil ich bei der Langenbeck'schen Methode ein paar Mal üble Eitersenkungen erlebt hatte. Dr. Esmarch überzeugte mich indess, dass diese Eitersenkungen den Patienten angequetscht waren und sie kamen im zweiten Feldzuge nicht mehr vor, nachdem ich den Aerzten das unsinnige Auspressen des Eiters aus tiefen Wunden abgewöhnt hatte. Doch sagte mir Prof. Roser, dass mein Verfahren ihm bessere Resultate gegeben habe als das Langenbeck'sche.

2) Am Ellenbogengelenke. Die Resection dieses Gelenkes suchte ich planmässig einzuführen.

In den ersteren Fällen zeigte ich die leichteste ältere Methode mit dem H—schnitt und Freilegung des Ulnarnerven, ging dann aber zu der von Liston und mir befolgten Methode über, wobei ein Längsschnitt

über dem Ulnarnerven und ein Querschnitt gemacht wird, welcher von dem Längsschnitte ausgehend, die Articulation des Radius eröffnet, liess aber Anfangs noch den Ulnarnerven freilegen, um ihn sicher schonen zu können. Dies unterblieb später, der Ulnarnerv kam während der Operation nicht mehr zu Gesicht und ist doch kein einziges Mal durch Unvorsichtigkeit durchschnitten worden. Die Resection des Ellenbogengelenks mit einem einzigen Längsschnitte ist jedenfalls für Schussfracturen ganz ungeeignet. Ich sah sie von B. Langenbeck in Flensburg 1849, und selbst in seinen geschickten Händen schien sie eine schwierige und unsichere Operation, welche schliesslich einen übeln Ausgang hatte. Bei den Schussfracturen des Ellenbogengelenks kommt alles darauf an, das Gelenk so frühzeitig wie möglich zu öffnen, damit man den Umfang der Zerstörung übersieht und weiss, wohin man sich weiter zu wenden habe. Dies geschieht aber nicht bei der Methode eines einzigen Längsschnittes.

Für sehr wichtig halte ich die ruhige Lage des resecirten Armes auf einer gepolsterten, halb gebogenen Schiene in den ersten Wochen, so wie denn auch nach der Resection des Kopfes des Humerus der Arm nicht aus seiner Mitella entfernt werden sollte.

Amputationen und Exarticulationen.

An eine gute Methode, Glieder abzulösen, muss man folgende Anforderungen stellen.

1) Sie muss möglichst einfach und leicht sein.

2) Sie muss eine möglichst kleine Wunde hinterlassen.

3) Sie muss eine gute Deckung des Knochenstumpfs gestatten, ein Zweck, der unmittelbar nach der Operation, als erreicht zu betrachten ist, wenn sich die weichen Theile nicht straff, sondern schlaff über dem Knochenstumpfe vereinigen lassen.

4) Sie muss vorzüglich die grossen Blutgefässe, noch besser aber alle, in querer Richtung trennen, weil die Erfahrung lehrt, dass damit die Unterbindung am leichtesten gelingt und die wenigsten Gefässe unterbunden zu werden brauchen.

5) Sie muss während der Operation die Beherrschung der Blutung erleichtern, für den Fall, dass Compression oder Tourniquet nicht ihre Schuldigkeit thun sollten.

6) Sie muss einer möglichst vielseitigen Anwendung fähig sein, weil der Operateur seine Sache um so besser machen wird, je mehr Uebung an Lebenden er in einer Methode erlangt hat.

Diesen Anforderungen entspricht am vollkommensten der Cirkelschnitt mit seinen beiden Hauptmodificationen, des einzeitigen und zweizeitigen. Am nächsten dem Cirkelschnitte steht die Lappenbildung von aussen nach innen, nach dem Typus des älteren Langenbeck.

Am wenigsten den obigen Forderungen entsprechend ist die Lappenbildung von innen nach aussen, weil sie eine grosse Wunde macht und mehr Gefässe dabei zu bluten pflegen, als bei den übrigen Methoden. Nichts desto weniger giebt sie doch unter günstigen Umständen gute Resultate, wie ich an den, auf der Fregatte

Gefion von dänischen Aerzten, meistens am Oberschenkel, Amputirten gesehen habe.

Einzeitiger Cirkelschnitt, Celsus's Methode.

In den ersten Jahren meiner Praxis wandte ich besonders die Methode meines Lehrers Langenbeck an, die ich dahin modificirte, dass ich den Knochen noch etwas weiter von den Muskeln isolirte, als Langenbeck es that, und dadurch eine weniger gespannte Vereinigung der weichen Theile erreichte und bei der Amputation des Unterschenkels dem Wadenlappen noch einen vorderen halbmondförmigen kleinen Hautlappen hinzufügte.

In München lernte ich die schönen Stümpfe kennen, welche mein Vorgänger Wilhelm mit dem einzeitigen Cirkelschnitte erzielt hatte, von dem ich unter Dupuytren's Händen keine sonderlichen Resultate gesehen hatte. Uebrigens machte Dupuytren nicht einen Cylinderschnitt wie Wilhelm, sondern durchschnitt nach dem ersten, bis auf den Knochen dringenden Kreisschnitte, die grossen, vorstehenden Fleischkegel zu wiederholten Malen. Während meines sechsjährigen Aufenthaltes in Freiburg habe ich am Oberschenkel und Oberarme fast auschliesslich nach dieser Methode amputirt und die schönsten Resultate erzielt. Ich machte die schleswig-holsteinischen Aerzte damit bekannt, welche dafür bald eine so grosse Vorliebe bekamen, dass ich zuletzt der einzige Arzt war, der die Langenbeck-schen Methoden protegirte und Dr. Ross den einzeitigen Cirkelschnitt sogar für die Extremitäten mit zwei Knochen in Anwendung brachte. Diese Vorliebe ent-

stand zunächst aus dem Umstande, dass die ersten Amputationen sehr glücklich verliefen, nämlich so lange sich noch kein pyämisches Miasma in den Hospitälern entwickelt hatte, zum Theil war sie dem Reiz der Neuheit zuzuschreiben, den diese uralte Methode wieder gewonnen hatte.

Dr. Beck, der als mein Assistent in Freiburg, den einzeitigen Cirkelschnitt von mir lernte, hat ihn mit sehr gutem Erfolge in seinen italienischen Feldzügen in Anwendung gebracht und ist dessen eifriger Lobredner. Er wird vielleicht erstaunt sein, hier zu lesen, dass ich den einzeitigen Cirkelschnitt nicht für die beste Methode, im Felde zu amputiren, halte, sondern den zweizeitigen, eine Ansicht, die auch Dr. Fr. Esmarch theilt. Meine Gründe dafür sind folgende:

1) Bei dem einzeitigen Cirkelschnitte trennt man, nach meinem Verfahren, während der Assistent die Haut zurückzieht, diese und die Muskeln bis auf den Knochen und entblösst dann durch öfter wiederholte Cirkelschnitte, welche nur ganz kleine Fleischkegel der Muskelansätze trennen, den Knochen in einer hinreichenden Ausdehnung, die sich am Oberschenkel wenigstens auf drei Zoll erstrecken muss. Dieser letzte Act ist, bei starker Muskulatur und wo man am oberen Drittheile der Extremität operirt, nicht ganz leicht. Er kann sehr penibel werden, wenn die Blutung nicht vollständig beherrscht wird. Für Anfänger und bei nicht sehr guter Assistenz hat diese Methode deshalb, trotz ihrer grossen Einfachheit, ihr Schwieriges.

Professor Wilhelm schälte, nach dem ersten Schnitte bis auf den Knochen, den letzteren mit einem

besonderen Instrumente, womit er wirkte, wie man mit einem Gartenmesser einen Stock schält. Er vollendete die Operation dabei mit unglaublicher Schnelligkeit. Ich fand mich indess nicht veranlasst, dies Verfahren zu adoptiren, weil man mit einem gewöhnlichen Scalpelle in etwas längerer Zeit, aber mit grösserer Sicherheit, dasselbe erreichen kann und ein grosses plumpes Instrument weniger nöthig hat.

Dieser Einwand gegen den einzeitigen Cirkelschnitt hat in der Civilpraxis, wo es sich meistens um abgemagerte Extremitäten handelt, gar kein Gewicht und ich halte deshalb diese Methode für die beste in der Civilpraxis. Im Felde jedoch, wo oft ein Anfänger dem andern assistirt, sind die Vortheile nicht gering anzuschlagen, die es hat, dass man beim zweizeitigen Cirkelschnitte vor der Durchschneidung der grossen Blutgefässe bereits den grössten Theil der Bedeckung für den Knochenstumpf gewinnen und nach dem Muskelschnitte bald zur Absägung des Knochens schreiten kann.

2) In der Feldpraxis kömmt es viel häufiger als in der Civilpraxis vor, dass sich der Amputationsstumpf entzündet, aufschwillt und klafft. Nach dem einzeitigen Cirkelschnitte ist dieses Klaffen viel stärker als nach dem zweizeitigen, wo die Bedeckung des Knochenstumpfes mehr von der Haut allein gebildet ist.

Zweizeitiger Cirkelschnitt, Petit's Methode.

Der genuine zweizeitige Cirkelschnitt besteht in der kreisförmigen Durchschneidung der Haut, welche man alsdann bis zu der Stelle ablöst, wo man die Mus-

keln durchschneiden und den Knochen absägen will, nachdem man die am Knochen vorspringenden Muskelkegel noch etwas höher abgetrennt hat. Die abgelöste Haut muss sich dann leicht über der Wunde vereinigen lassen.

Diese Methode ist in Deutschland vielfach angefeindet worden, ihr Hauptgegner war der alte Langenbeck, der sie bei jeder Gelegenheit lächerlich zu machen suchte; besonders das Umkrämpeln der Haut war ihm widerwärtig. Während meiner Studien in London, 1827—1828, war der zweizeitige Cirkelschnitt dort die beliebteste Methode. Ich habe mich deshalb durch Langenbecks Sarcasmen nicht abhalten lassen, auch dieses Verfahren auszuüben. Der ernsthafteste Vorwurf, den man ihm gemacht hat, ist, dass die Hautlappen dabei theilweise absterben können. Dies ist allerdings zuweilen der Fall, aber meistens nur in Folge begangener Fehler. Entweder hatte man zu nahe an einer durch eine Kugel, oder anderweitig zertrümmerten Stelle operirt, oder, was viel häufiger geschieht, man hatte die Ablösung der Haut nicht im subcutanen Zellstoffe, sondern im Fettlager der Haut vorgenommen. Fast jeder Anfänger, ohne Ausnahme, macht diesen Fehler, indem er bei Abtrennung der Haut das Messer entweder flach führt, oder gar die Schneide gegen die Haut wendet, statt sie der Muskelaponeurose zuzukehren. Dadurch beraubt man die Haut theilweise ihrer Gefässe und Nerven, welche in der so genannten Fascia superficialis verlaufen. Nach einer gut verrichteten Ablösung der Haut muss die ganze Fascia superficialis an der Haut sitzen geblieben

sein und nur am Schnittrande darf das Fettpolster der Haut sichtbar sein.

Da der betreffende Fehler ein so ganz gewöhnlicher ist, den man bei Uebungen an der Leiche nicht oft genug rügen kann, den ich bei Operationen an Lebenden auch dann habe begehen sehen, wenn ich den Operateur vorher gewarnt hatte, so wäre es wünschenswerth, dass schon beim Studium der Anatomie darauf Rücksicht genommen würde, und dass unsere Professoren der Anatomie die Verästelung der Hautgefässe präpariren liessen. Anstatt die Haut von den Muskeln abzutragen, sollte man einmal die Muskeln aus der Haut herauspräpariren, mit Schonung der injicirten Gefässe.

Der Anfänger, welcher den zweizeitigen Cirkelschnitt ausführt, bildet sich ein, dass er, durch flache Messerführung, eher seinen Zweck erreichen werde. Dies ist bekanntlich nicht der Fall, durch flache Schnitte erlangt man nie eine freie Retraction der Haut, welche nur durch senkrechte Schnitte erreicht wird.

Begnügt man sich bei dieser Operation mit der Ablösung der Haut, welche erreicht werden kann, indem man sie stark zurückziehen lässt und am Rande des Cirkelschnittes verticale, leichte Messerzüge macht, so hat man nie zu besorgen, dass man die Haut zu sehr von ihren Gefässen trennen werde.

Diese Beschränkung der Hautablösung wird von Vielen empfohlen und ist auch sehr häufig ausreichend, besonders bei abgemagerten Extremitäten, aber das, in Langenbecks Augen so unästhetische Zurückklappen der gelösten Häute ist nicht immer zu vermeiden und

wird, wenn es nöthig ist, mit den oben angegebenen Cautelen, gewiss von jedem Operateur in Anwendung gebracht werden, welcher keinen Anspruch darauf macht, dass man die Kunst der Gliederablösung zu den schönen und nicht bloss zu den nützlichen Künsten rechne. Es ist vorzüglich nothwendig an wohlgenährten Extremitäten und an solchen Stellen, wie am Unterschenkel oder Vorderarme, wo das Glied von ungleicher Dicke ist.

Ohne Zweifel ist der Petit'sche zweizeitige Cirkelschnitt dasjenige Verfahren, welches der vielseitigsten Anwendung bei grösseren Gliedmassen fähig ist; dabei zeichnet es sich durch Einfachheit aus und giebt eben so gute Stümpfe wie jede andere Methode.

In dem ersten Enthusiasmus über den Lappenschnitt glaubte man einen grossen Vortheil darin zu finden, dass man zur Bedeckung des Knochenstumpfes nicht bloss Haut, sondern auch Muskelfleisch gewinne. Darin hat man sich getäuscht, keine Muskelfaser widersteht auf die Dauer dem Drucke eines Knochenstumpfes und niemals wird man, an älteren Amputationsstümpfen, den Knochenstumpf mit Muskelfasern bedeckt finden. Schon im Jahre 1827 untersuchte ich in dieser Beziehung die im Greenwich Hospital befindlichen Invaliden, welche am Unterschenkel mit dem Lappenschnitte amputirt waren. Bei allen waren die Knochenstümpfe nur mit Haut oder Narbensubstanz bedeckt. Neben dem Knochenstumpfe, aber nicht auf demselben, erhält sich die Muskelfaser. Man möge denn doch endlich aufhören, unter den Vorzügen des Lappenschnittes, die Bedeckung des Knochens mit Muskelsubstanz aufzuführen.

Der zweizeitige Cirkelschnitt ist überall anwendbar, wo man nicht ganz nahe am Rumpfe zu amputiren gezwungen ist und nicht durch den Lappenschnitt den Vortheil gewinnt, weiter abwärts amputiren zu können, wenn die Zerstörung des Gliedes an einer Seite weiter reicht, als an der andern.

Modificirte Cirkelschnitte.

Sie sind dreifacher Art, je nachdem sie sich

1) dem Lappenschnitte (Brüninghausen's Methode),

2) dem einzeitigen (Guthrie's Methode) oder

3) dem zweizeitigen Cirkelschnitte nähern.

Dem Lappenschnitte nähert sich der Cirkelschnitt, wenn man, nach Vollendung des kreisförmigen Hautschnittes, durch eine oder zwei Seitenincisionen, welche perpendiculär auf die Kreislinie fallen, die Haut beweglicher macht, um sie leichter ablösen zu können, oder zu demselben Zwecke, statt des Kreisschnittes durch die Haut zwei halbmondförmige Hautlappen bildet. Dies kann nöthig werden, bei bedeutender Ungleichheit der Dicke des zu amputirenden Gliedes, am unteren Theile des Unterschenkels und des Vorderarmes, aber auch, wenn man in der Nähe des Rumpfes operirt, oder bei ungleicher Zerstörung der Haut.

Dem einzeitigen Cirkelschnitte sehr nahe steht die Methode von Guthrie, welcher den ersten Einschnitt gleich durch die Muskelaponeurose führt, um damit, wie er sagt, die Retraction der Haut zu erleichtern.

Durch einige Kreisschnitte wird dann, bei fortwährender Retraction der weichen Theile durch den Assistenten, die erforderliche Entblössung des Knochens bewerkstelligt. Der erfahrene Uebersetzer der ersten Ausgabe von Guthrie's Werke über Schusswunden, mein Vorgänger Spangenberg, rügt diese Ansicht in einer Anmerkung. In der fünften Auflage wiederholt Guthrie dieselben Räthschläge und begeht wiederum den Fehler, von Erleichterung der Retraction der Haut durch einen, gleich durch die Aponeurose geführten, Schnitt zu reden. Es sollte statt dessen heissen: durch einen Cirkelschnitt, welcher sogleich mit durch die Aponeurose geführt wird, erleichtert man die Retraction der peripherischen Weichgebilde. Mit Unrecht tadelt Spangenberg die von Guthrie auf 2—3 Zoll für starke Schenkel bestimmte Entblössung des Knochens. Ich begreife nicht, wie man weniger verlangen kann. Unter den chirurgischen Schriftstellern kommen in Betreff solcher Angaben viele Missverständnisse vor, welche davon herrühren, dass man von verschiedenen Puncten aus gemessen hat. Nach meiner Ansicht müssen solche Angaben über den Umfang der Knochenentblössung immer von dem Puncte an gerechnet werden, wo das Messer zuerst den Knochen berührt hat.

Ich habe dies Verfahren nie an Lebenden angewendet, weil dasselbe eine weniger einfache und reine Durchschneidung der wichtigeren weichen Theile darstellt und weil man gleich nach dem ersten Einschnitte mehr Blutung haben kann. Dagegen lässt sich nicht leugnen, dass diese Methode sehr expedit ist und dass sie unter Guthrie's Händen unzweifelhaft gute Resultate

gegeben hat, gegen welche alle Einwendungen verstummen müssen.

Dem zweizeitigen älteren Cirkelschnitte nähert sich die schon früher berührte Methode, erst einen reinen Hautschnitt zu machen, die Haut zurückzuziehen, so weit dies mit Hülfe einiger Kreisschnitte durch den subcutanen Zellstoff möglich ist und dann am Rande der durchschnittenen, aber nicht umgeklappten Haut, den Muskelschnitt zu machen, der dann durch den vorspringenden Muskelkegel so oft wiederholt wird, dass eine leichte Vereinigung der Wunde in Aussicht steht.

Aus diesen verschiedenen Methoden des Cirkelschnittes kann man sich für den vorliegenden Fall in der Regel das Geeignete herausnehmen, wenn es sich nicht um eine Operation dicht am Rumpfe handelt und die weichen Theile nicht durch Infiltration oder entzündliche Residuen entartet sind, so dass im Allgemeinen die Nothwendigkeit einer Lappenamputation nicht häufig vorliegt und die öftere Anwendung derselben als Geschmackssache angesehen werden kann.

Der Name einzeitiger oder zweizeitiger Cirkelschnitt ist so zu verstehen, dass man aus der Durchschneidung der beiden wichtigsten, hier in Betracht kommenden, Organe, Haut und Muskulatur, entweder ein oder zwei Tempo's macht. Es giebt deshalb bloss einzeitige oder zweizeitige Cirkelschnitte, dagegen ist jeder Cirkelschnitt ein mehrfacher, insofern man bei jeder Circular-Methode den schon von Celsus für die seinige gegebenen Rath befolgt, den Knochen noch weiter hinauf freizulegen, von dem Puncte aus, wo der erste Kreisschnitt ihn berührte. Zur Schonung der Amputationsmesser macht

man im Felde die Kreisschnitte, welche zur weiteren Entblössung des Knochens dienen, mit einem Scalpelle.

Lappenschnitt von aussen nach innen, Langenbeck's Methode.

Es gehörte ein Mann von Langenbeck's eminentem technischen Talente dazu, um diese Methode zu erfinden und einzuführen. Eine recht flinke Hand und ein sehr scharfes Messer sind dabei unentbehrlich, denn ohne diese kommt man nicht damit zu Stande. Es macht einen beinahe komischen Eindruck, dass Chelius in einer Auflage seines Werkes nach der anderen fortwährend die Möglichkeit einer guten Ausführung der Langenbeck'schen Methoden bezweifelt. Darüber könnte ihn allenfalls Dr. Beck beruhigen, der sie vortrefflich zu machen versteht.

Langenbeck's Methoden, welche von ihm bereits practisch für alle Extremitäten gelehrt wurden, sind durch seine Schüler im nördlichen Deutschland und der Schweiz sehr verbreitet.

Während meiner Studien in London im Jahre 1827 und 1828 fingen einige talentvolle junge Operateurs eben an, die ersten Versuche damit zu machen; jetzt sind Langenbeck's Methoden dort allgemein bekannt und rivalisiren erfolgreich mit dem Cirkelschnitte. In Frankreich ist dies offenbar in geringerem Masse der Fall, wo auch die Lappenbildung von innen nach aussen noch viele Verehrer zählt.

Obgleich Chelius sich darüber lustig macht, dass Langenbeck sagte, sein Messer flöge durch die weichen Theile, so würde doch nicht die mindeste Ueber-

treibung darin liegen, wenn man sagte, dass Langenbeck in Deutschland der erste gewesen sei, der das Messer beflügelt habe. Vor der Erfindung seiner Amputationsmethoden war dies nicht nöthig, aber wer diese ausführen will, muss sich nach dem beflügelten Messer umsehen.

In dieser Weise hat Langenbeck auf die ganze Schnittführung einen wohlthätigen Einfluss geübt und für schärfere Messer gesorgt. Von einem scharfen Messer hat man an verschiedenen Orten in Deutschland noch sehr verschiedene Begriffe. Ein sehr gewandter Operateur im südlichen Deutschland war einmal fast erschrocken über das leichte Eindringen eines Messers von Weiss in London, welches ich ihm zu einer Amputation gegeben hatte. Nur in Kiel, wo ein Langenbeck mein Vorgänger war, verstand man es schon, die Messer so zu schärfen wie ich es verlangte.

Langenbeck's Methode hat viele vortreffliche Eigenschaften: 1) sie macht einen möglichst reinen Schnitt, denn mit einem stumpfen Messer kann sie gar nicht ausgeführt werden; 2) sie ist mit einem einzigen kleinen Messer ausführbar; 3) sie macht eine Wunde, welche nur um ein Weniges grösser ist, als die nach dem Cirkelschnitte; 4) sie trennt Gefässe und Nerven von aussen nach innen, diese werden also nicht vor der Durchschneidung hervorgezerrt, wie bei dem Lappenschnitte von innen nach aussen. Es sind deshalb bei dem Langenbeck'schen Verfahren kaum mehr Gefässe zu unterbinden, oder Nachblutung zu besorgen, als nach dem Cirkelschnitte; 5) sie begünstigt die Ad-

häsion der Hautwunde durch deren scharf geschnittene Ränder; 6) sie erlaubt die leichtere Vollendung von Amputationen zerschmetterter Glieder, wo man gezwungen ist, an einer Stelle zu operiren, die mit Knochentrümmern oder Projectilen durchsetzt ist, welche dem, von innen nach aussen geführten, langen Messer unüberwindliche Schwierigkeiten entgegensetzen.

Sie hat auch ihre Schattenseiten, sie ist nämlich nicht gut auszuführen an gebrochenen Extremitäten, bei denen die weichen Theile nicht mehr in die, zu ihrer leichteren Durchschneidung, nöthige Spannung versetzt werden können. Aber ein gewandter Operateur weiss sich auch hier zu helfen und wird so selten wie möglich die Vortheile des Schnittes von aussen nach innen aufgeben, um den Schnitt von innen nach aussen zu machen.

Langenbeck sträubte sich dagegen, dass man sein Verfahren zu den Lappenschnitten rechne, obgleich alle Welt dies that; er nannte es, Exstirpationsverfahren. Dieser Name fand keinen Beifall. Scoutetten erfand den Namen Ovalmethode, das ist aber so ziemlich alles, was er dabei Nützliches erfunden hat. Es verdriesst mich immer, wenn ich von deutschen Chirurgen lesen muss, sie operirten nach Scoutetten's Methode! Aber das ist ja die Art des deutschen Michels, dass er sich schämt, von seinen eigenen Landsleuten etwas zu lernen. Ich finde die Indication für Langenbeck's Amputations-Methode überall da, wo der Cirkelschnitt wegen Nähe des Rumpfes oder wegen ungleicher Zerstörung der weichen Theile nicht rathsam ist.

Lappenschnitt von innen nach aussen.

Bei diesem Verfahren durchsticht man das Glied an den Puncten, welche die Basis des Lappens bezeichnen und bildet diesen von innen nach aussen schneidend.

Ungeachtet der offenbaren Nachtheile, welche diese Methode, im Vergleich mit den übrigen hat, ist sie doch nicht ganz im Felde zu entbehren, und zwar vorzüglich in folgenden Fällen: 1) Wo es sich um Deckung des Knochenstumpfes durch einen einzigen grossen Lappen handelt, besonders am Oberschenkel und Unterschenkel. 2) Wo die Lappenbildung wegen ungleichmässiger Zerstörung der weichen Theile indicirt ist und die Theile, in denen man operiren muss, nicht in hinreichende, gleichmässige Spannung versetzt werden können, um den Lappenschnitt von aussen nach innen zu machen. 3) Wo man gezwungen ist, in verwundeten, infiltrirten oder anderweitig entarteten Theilen zu amputiren.

Bei Ausführung dieses Lappenschnittes hat man sich besonders vor zwei Fehlern in Acht zu nehmen. 1) Dass man beim Durchstossen des Messers keine falsche Wege bilde. Man orientire sich deshalb vorher gehörig, welche Richtung man dem Messer geben müsse, damit man nicht nöthig habe, dasselbe wieder zurückzuziehen, entweder, weil man damit an einen Knochen stösst, oder, weil man an einem falschen Puncte herauskommen würde. In solchen falschen Wegen kann man Gefässe angestochen haben, welche nachher nicht zu Tage liegen und nur mit Mühe aufgefunden werden.

Uebrigens gilt die Regel, Lappen nicht zu dick zu formiren, von beiden Arten des Lappenschnittes. Da der Lappen eine seiner Länge entsprechende Dicke haben muss, so wird derselbe um so schwerer, je länger er ist und bildet um so schwieriger bleibende organische Verbindungen. Es ist daher im Allgemeinen vorzuziehen, nicht einen Lappen, sondern, wo möglich zwei zu bilden, die von ganz ungleicher Grösse sein können, von denen auch der eine bloss aus Haut bestehen kann, während der andere Muskulatur enthält. In den Köpfen vieler Chirurgen steckt noch immer die Idee von der Polsterung des Knochenstumpfes durch Fleischlappen und sie modelliren danach ihre Lappenschnitte. Diese Idee muss völlig aufgegeben werden, der wahre Nutzen des Lappenschnittes besteht in der organischen Verbindung, welche man dabei der Haut mit den unterliegenden Theilen erhält. Auf die sichere organische Verbindung der Hauträndер ist es auch beim Lappenschnitte vorzüglich abgesehen, die Fleischpolsterung des Knochenstumpfes kömmt, als später völlig verschwindend, gar nicht in Betracht. Man bemühe sich deshalb, die Lappen nur so zu modelliren, dass eine möglichst bequeme Berührung der scharf geschnittenen Hauträndер erzielt werde, wobei die grosse Elasticität der Haut uns so wesentlich zu Statten kommt, dass kleine Unregelmässigkeiten in dieser Beziehung gar nicht in Betracht kommen und jeder Hautstreifen benutzt werden kann, der sich darbietet.

In dieser Hinsicht soll man keinen Vortheil aus der Hand geben; der Patient kann dies später bitter zu be-

klagen haben, z. B. wenn man bei dem Chopart'schen Schnitte keinen Dorsal-Lappen bildet, oder bei der Lappen-Amputation des Unterschenkels keinen vorderen Hautlappen. Man kann es wohl als eine allgemeine Regel hinstellen, dass man, bei jedem einfachen Lappenschnitte, einen Hautlappen der entgegengesetzten Seite conserviren müsse. In dieser Beziehung war Langenbeck's Verfahren nicht nachahmenswerth, er opferte solche Vortheile dem Streben nach glänzender Rapidität der Ausführung. In Folge davon kam der vortreffliche Chopart'sche Schnitt beinahe in Misscredit; die Wunde heilte schlecht und die Patienten konnten auf ihrem Stumpfe nicht gehen. Ich habe deshalb meinen Schülern nie den Langenbeck'schen Typus des Chopart'schen Schnittes, wobei man mit dem ersten Schnitte in das Gelenk dringt, gezeigt, um sie nicht in Versuchung zu führen, ihn an Lebenden anzuwenden. Für die Uebung im Operiren an der Leiche ist er sonst vortrefflich.

Um die, für schnelle Vereinigung erwünschte, scharfe, rechtwinklige Durchschneidung der Haut zu bewerkstelligen, ist es in manchen Fällen rathsam, sich den Lappen vollständig mit dem Messer vorzuzeichnen, indem man, seiner Contour nach, einen bis durch die Aponeurose dringenden Einschnitt macht und dann die übrigen weichen Theile von innen nach aussen trennt, wo die Umstände dies erforderlich machen. Alle diese Vorsichtsmassregeln dienen freilich nicht dazu, die Operation brillant zu machen, aber darauf wird ein verständiger Mann gar keinen Werth legen, wenn er weiss, dass sie den Erfolg sichern.

Wahl der Amputationsstelle im Allgemeinen.

Im Allgemeinen gilt die Regel, dass man, so weit wie möglich vom Rumpfe entfernt, ein Glied abzulösen habe. Nur vermeidet man das Ellenbogen- und das Kniegelenk, deren breite Knochenstümpfe und weite Synovialkapseln die Heilung erschweren und üble Stümpfe erzeugen, so dass die Amputation des Oberarmes oder Oberschenkels den Vorzug verdient. Auch die Ablösung im Tibio-tarsal-Gelenke scheint, als zu unsicher, für die Feldpraxis nicht geeignet zu sein, weil in den Fällen, wo sie indicirt sein könnte, die weichen Theile zu sehr gelitten haben. Diese allgemeine Regel, so fern als möglich vom Rumpfe zu amputiren, findet ihre Hauptbeschränkung durch die Natur der Verletzung selbst. Bei allen Verletzungen durch grobes Geschütz soll man nie zu nahe an der verletzten Stelle amputiren und lieber über die nächste Articulation hinausgehen, als riskiren, dass die Folgen der Quetschung und Erschütterung durch Projectil und Knochensplitter Brand oder Trismus herbeiführen. An den oberen Extremitäten, wo alles leichter heilt, kann man in dieser Beziehung weiter gehen als an den unteren. Bei Flintenschüssen ist es hinreichend, über die Gränze der Knochensplitterung hinwegzugehen, bei Verletzungen durch schweres Geschütz soll man nur noch im oberen Drittheil amputiren, wenn das untere getroffen war. Ueberschreitet die Verletzung durch schweres Geschütz die Mitte des Gliedes, so ist es rathsam, über der nächsten Articulation zu amputiren. Larrey's Rath, am Unterschenkel noch in der Tuberositas tibiae zu amputiren, scheint mir für

Verletzungen durch grobes Geschütz nicht in unserer Zeit zu passen, wenigstens habe ich Keinen danach durchkommen sehen.

Auch diese Regeln finden ihre Beschränkung bei Verletzungen, welche dem Rumpfe nahe liegen, wo man also nicht die Wahl der Stelle hat. Hier lehrt die Erfahrung, dass die Exarticulation des Schultergelenks oder die hohe Amputation des Humerus in der Regel ein glückliches Resultat giebt, während das Gegentheil am Hüftgelenk Statt findet.

Jeder Zoll, den man am Oberschenkel dem Rumpfe näher rückt, erhöht die Gefahr der Ablösung.

Wahl der Methode für die Gliederablösung im Besonderen.

1) Am Fusse. Unter den, am Fusse zu verrichtenden, Operationen scheint mir nur der Chopart'sche Schnitt bei Schusswunden practisch zu sein, wenn alle Zehen und ein Theil der Mittelfussknochen zertrümmert sind.

Da Verletzungen dieser Art durch grobes Geschütz veranlasst zu sein pflegen, so ist auch der Chopart'sche Schnitt nicht mehr indicirt, wenn die Zertrümmerung weit über die Gelenkköpfe der Mittelfussknochen hinausgeht; die weichen Theile haben alsdann zu sehr durch Quetschung gelitten. Man amputirt dann am Unterschenkel über den Malleolen. Verletzungen geringerer Art am vorderen Theile des Fusses heilen bei einer exspectativen Behandlung. Auf vier mit dem Chopart'schen Schnitte amputirte Invaliden der schles-

wig-holsteinischen Armee kommen 27 ohne Operation geheilte, mit Schussfracturen des Fusses.

Für den Chopart'schen Schnitt habe ich seit einer Reihe von Jahren auch die Lappenbildung von aussen nach innen angenommen. Ich bilde zuerst den Plantar-Lappen, von aussen nach innen und dann den, ebenfalls halbmondförmigen, Dorsal-Lappen, mit sorgfältiger Ablösung aller, den Fussrücken bedeckenden, weichen Theile. Diese Methode giebt deshalb bessere Resultate, weil sie den Schnitträndern der Haut eine Gestalt giebt, welche die Heilung durch erste Intention sehr begünstigt, während bei der Bildung des Plantar-Lappens von innen nach aussen die Hauträndер in der Epidermis spitz auslaufen. Diese Methode passt im Grunde genommen besser in den Langenbeck'schen Cadre, als seine eigene Erfindung.

Die Syme'sche Amputation im Fussgelenke ist von B. Langenbeck, H. Schwartz und mir bei Schussfracturen des Calcaneus und Astragalus einmal gemacht worden. Bei Langenbeck's Patienten starb der Fersenlappen ab, die Wunde heilte nicht zu, der Patient liess sich, zwei Jahre später, von mir dicht über den Malleolen amputiren. H. Schwartz's Patient starb an Pyämie, nachdem der Lappen partiell gangränös geworden war. Mein Patient wurde glücklich geheilt, bekam einen schönen Stumpf und ging ein Jahr lang gut. Dr. Ross, der ihn nach zwei Jahren gesehen hat, fand den Stumpf noch gut geformt, der Patient konnte aber nicht darauf gehen, möglicher Weise als Simulant, da in Altona viele Unterstützungen vertheilt wurden. Jedenfalls sind diese Resultate nicht sehr ermuthigend, beson-

ders wenn ich hinzufüge, dass ich meinen Patienten sicher ohne Amputation geheilt haben würde, wenn ich Eis zur Disposition gehabt hätte.

2) Am Unterschenkel. Liegt die, eine Amputation indicirende, Verletzung am Fusse, so rathe ich hier, der geringen Gefahr wegen, zur Amputation dicht über den Malleolen. Was man von der grösseren Gefahr der Amputation in den tendinösen Theilen dieser Gegend gesagt hat, ist lauter Unsinn und vermuthlich durch Ausstopfen der Wunde, oder andere Fehler der Nachbehandlung entstanden. Es ist mir nie ein Patient danach gestorben und sie gehen sehr gut in dem stiefelähnlichen Apparate, wie ihn Charles White schon vor 80 Jahren hat abbilden lassen, der diese Methode mit dem grössten Glücke übte, wie die von ihm beigegebene Statistik zeigt. Vor einigen Jahren liess ich einem jungen Menschen beide Füsse gleichzeitig nach dieser Methode amputiren und er ging nachher so gut, dass selbst Aerzte nicht bemerkten, dass ihm die Füsse fehlten. Ich muss übrigens doch gestehen, dass ich nicht durch den vortrefflichen White auf diese Methode geführt worden bin, sondern auf eine eigenthümliche Weise. In Freiburg lebt ein sehr geschickter Instrumentenmacher, Hausmann, der sehr gute künstliche Glieder macht. Zu diesem kamen die Leute, reich und arm, von nah und fern; die meisten waren am Unterschenkel an der sogenannten Wahlstelle, 3—4 Finger breit unter der Tuberositas tibiae, amputirt, also in der Absicht, dass sie auf dem gebogenen Kniegelenke ihre Stütze finden sollten. Herr Hausmann machte ihnen aber immer künstliche Glieder, in welchen das Kniegelenk

gestreckt und beweglich blieb, und sie gingen gut damit. Da nun aber ein längerer Unterschenkelstumpf nützlicher ist, als ein kurzer, wenn die Bewegung des Kniegelenks im künstlichen Gliede erhalten werden soll, so gab ich später die Amputation an der Wahlstelle auf und amputirte an der Stelle der Nothwendigkeit, das heisst so tief wie möglich unten. Die Amputation über den Malleolen macht man am besten mit dem zweizeitigen Cirkelschnitte, mit Umstülpung der Haut. Giebt man sich einige Mühe, so gelingt diese gewöhnlich ohne den Umkreis des Hautschnittes durch eine kleine perpendiculäre Incision zu erweitern. Bei den Verletzungen des unteren Theiles des Unterschenkels kann man gewöhnlich den doppelten Cirkelschnitt machen, nur wenn die Verletzung hoch hinaufgeht, ist der Wadenlappenschnitt erforderlich, der bei Flintenschüssen immer noch ausgeführt werden kann, wenn die Amputation unter der Tuberositas tibiae, mit Erhaltung eines kleinen vorderen Hautlappens geschehen kann. Mehrere Amputationen, mit Bildung von zwei seitlichen Lappen, in Fällen, wo die Kugel nahe unter der Tuberositas tibiae durchgeschlagen hatte, verliefen tödtlich, so dass ich es bereute, nicht am Oberschenkel amputirt zu haben.

Bei der Lappenbildung aus der Wade gebe ich die Regel, den Lappen nur aus den Gastrocnemiis zu bilden und den Soleus dabei intact zu lassen. Dies hat den Vortheil, dass der Lappen nicht zu dick wird und dass die Hauptgefässe vollkommen quer durchschnitten werden, wenn man den Rest der weichen Theile durch den Cirkelschnitt trennt. Bei Anwendung des Langenbeck'schen Typus ist dies mit einiger Uebung und einem

scharfen Messer leicht zu erreichen, bei der Lappenbildung durch Stich, von innen nach aussen, ist es etwas schwerer, aber doch auch sicher zu erzielen. Anfänger fahren mit dem Messer gern bis dicht an die Tibia heran, wobei dann die Gefässe oft sogleich und später wieder verletzt werden, und ein dickbäuchiger Lappen entsteht, der manchmal bedeutend resecirt werden muss. Besonders sorgfältig sei man in der Anwendung des Zwischenknochenmessers; Anfänger fahren damit oft hin und her, stechen Gefässe damit an, die man dann nicht leicht finden kann, wenn man unterbinden will. Deshalb sei die Bewegung des Zwischenknochenmessers so stetig und methodisch wie möglich.

Ein häufiger Fehler bei der hohen Amputation des Unterschenkels ist es, dass der Nervus peronaeus nicht mit durchschnitten wird, weil er sich hinter der Fibula verkriecht. Es lohnt sich immerhin der Mühe, nach Anwendung des Zwischenknochenmessers nachzufühlen, ob auch alles durchschnitten sei, und namentlich dieser Nerv. Es sieht schon am Cadaver fürchterlich aus, wenn die Knochen abgesägt sind, und das Glied hängt nur noch am Nervus peronaeus. An Lebenden habe ich es gottlob nie gesehen, weil ich die Anfänger, welche unter meiner Aufsicht operirten, stets gewarnt habe.

Ein noch häufigerer Fehler ist das ungleiche Absägen der beiden Knochen, wobei die Fibula gewöhnlich länger bleibt, weil die Säge schräg angesetzt war. Dieser Fehler muss sogleich verbessert werden, lässt man die Wunde darüber verheilen, so kann der Patient zeitlebens Schmerzen davon haben. Nicht mit Unrecht

wirft Charles Bell den Chirurgen ihr stümperhaftes Sägen, im Vergleich zu den Tischlern vor. Diese haben es gelernt, die Aerzte gewöhnlich nicht.

3) Am Oberschenkel. Bei hohen Verletzungen des Unterschenkels und bei denen des Kniegelenkes hat man die freie Wahl der Methode für die Amputation im unteren Drittheile des Oberschenkels. Bei Ausschluss der Pyämie habe ich gleich gute Resultate von den verschiedenen Methoden des Cirkelschnittes, vom Langenbeck'schen Lappenschnitte und von der Bildung eines vorderen und hinteren Lappens gesehen, sowohl in Betreff der Mortalitätsverhältnisse, als auch in Bezug auf die Form des Stumpfes. In Betreff der Pyämie gewährt keine Methode eine grössere Sicherheit, auch nicht die von Sedillot gepriesene eines grossen vorderen und kleinen hinteren Lappens, wobei die Exsudate am besten abziehen können. Ich habe sie auch im Felde öfter versucht.

Der zweizeitige Cirkelschnitt gewährt aber die grössten Vortheile in Betreff der Nachbehandlung, wenn die erste Intention misslingt. Wo dies der Fall ist, machen alle Lappen mehr oder weniger Unbequemlichkeiten für den Patienten und für den Arzt, dessen Zeit im Felde so kostbar ist.

Ein Gleiches gilt auch für die Schussfracturen im unteren Drittheile des Oberschenkels, welche indess nicht immer, wie Dr. Simon glaubt, sondern nur dann die Amputation indiciren, wenn sie das Kniegelenk geöffnet haben, was sich aus der Untersuchung mit dem Finger und aus der Richtung des Schusscanals ergeben muss. Ich habe mehrere Comminutiv-Brüche des unteren

Drittheils des Femur glücklich heilen sehen. Die obere Ausbuchtung des Kniegelenkes, die sogenannte Bursa extensorum, ist nicht so fest mit dem Knochen verbunden, dass sie durch Spalten desselben geöffnet zu werden brauchte, wenn dies nicht durch die Kugel oder durch Splitter geschehen ist. Je weiter nach oben eine Verletzung des Femur liegt, welche die Amputation indicirt, desto schwieriger wird die Wahl der passenden Methode, und sie wird jeden Arzt in Verlegenheit setzen, der nur mit einer Amputationsmethode bekannt ist und auch diese nicht den Umständen nach zu modificiren weiss. Gesteht man aber allen, als brauchbar erkannten, Methoden gelegentlich ihre Geltung zu, so lassen sich leicht einige allgemeine Regeln aufstellen, welche in solchen schwierigen Fällen als Richtschnur dienen können.

1) Zunächst gilt vom Oberschenkel vor allen Dingen die Regel, die Amputation so weit wie möglich vom Rumpfe entfernt zu machen, als es die Beschaffenheit der Wunde gestattet. Die Gefahr eines partiellen Absterbens der weichen Theile, welche den Amputationsstumpf bilden, bedingt durch die Nähe einer gequetschten Wunde, ist hier nicht so gross, als die Gefahr, welche die Nähe des Rumpfes und der grössere Verlust an Körpermasse bringt. In der That lehrt die Erfahrung, dass in der Nähe des Rumpfes der Brand nicht so zu fürchten ist, wie an entfernteren Körpertheilen.

Unter den auf der Fregatte Gefion Amputirten fand ich in Eckernförde einen im unteren Drittheile des Femur Amputirten, der im oberen Drittheile eine einfache Fractur des Knochenstumpfes hatte. Ich liess den Stumpf

auf eine Pappschiene legen; der Patient wurde ohne Schwierigkeiten geheilt. Ich zweifle nicht daran, dass die muthigen und geschickten dänischen Aerzte absichtlich so tief amputirt hatten, ohne sich um die höher liegende Fractur zu kümmern.

2) Betrifft die Verletzung mehr die eine Seite des Gliedes, so muss die Deckung vorzugsweise durch einen grossen Lappen bewerkstelligt werden, während man an der verletzten Seite einen kleineren Lappen zu ersparen sucht. Unter solchen Umständen muss man von jeder erforderlichen Seite des Gliedes einen Lappen zu bilden verstehen. So grosse Lappen, wie sie unter diesen Umständen erforderlich sind, kann man nicht wohl nach Langenbeck's Manier bilden, sie müssen meistens von innen nach aussen geschnitten werden. Das Durchstechen des Messers an der intendirten Basis hat dabei oft seine Schwierigkeit, wie z. B. bei Bildung eines Lappens von der Aussenseite oder Vorderseite. Hier kann man sich die Operation sehr erleichtern, wenn man dem langen Lappenmesser vorher den Weg bahnt, durch eine tiefe Incision, welche die eine Seite des Lappens von seiner Basis an bezeichnet. Anstatt das Lappenmesser durch die unverletzte Haut einzustechen, führt man dasselbe durch diese Schnittwunde an dem geeigneten Puncte ein und gewinnt so einen leichteren Ausstich an der anderen Seite der Basis, weil durch die vorhergegangene Incision die weichen Theile beweglicher geworden sind. Es versteht sich hierbei von selbst, dass diese Incision eine solche Richtung haben müsse, um sogleich einen Theil der Innenfläche des zu bildenden Lappens darzustellen.

Meistens muss man das Lappenmesser von dem unteren Theile der präliminären Incision durchführen, und deshalb, nach genommenem Ausschnitte, die Basis des Lappens durch Schnitte von aussen nach innen vollenden. Bei Amputationen des Oberschenkels bildet man den kleineren Lappen, der nur aus Haut zu bestehen braucht, durch Schnitte von aussen nach innen, und zwar der Blutung wegen, vor Bildung des grossen Lappens.

Durch solche präliminäre Einschnitte kann man grosse Schwierigkeiten überwinden, sie sind in der Geschichte der Chirurgie nichts Neues, aber in unserer Zeit vernachlässigt worden, weil man zu sehr nach brillanten Operationen strebte. Die Methode mit einem grossen Lappen am Oberschenkel zu operiren, ist in Deutschland fast obsolet geworden, und doch ist sie im Felde nicht zu entbehren! Ich muss deshalb dazu rathen, sie ebenfalls einüben zu lassen.

3) Betraf die Verletzung mehr die Mitte des Gliedes, und sind die verschiedenen Seiten desselben gleich betheiligt, so kann man, wenn das obere Drittheil des Oberschenkels intact ist, den zweizeitigen Cirkelschnitt oder die Lappenbildung von aussen nach innen wählen. Bei hoch hinaufreichenden Verletzungen ist die Modification des Ovalschnittes, welche Guthrie für die Exarticulation des Hüftgelenkes erfunden hat, mitunter erforderlich. Man macht zuerst zwei halbmondförmige Hautschnitte, löst die Haut $1\frac{1}{2}$—2 Zoll ab und macht dann erst die keilförmige Muskelwunde. Dadurch wird die den Stumpf deckende Muskelmasse sehr vermindert und Haut gewonnen. Die sich entsprechenden Winkel der Incisionen können, nach Umständen, zu beiden Seiten

oder an der Vorder- und Hinterfläche des Gliedes liegen.

Aus den schon früher angegebenen Gründen muss ich auch hier dem zweizeitigen Cirkelschnitte im Allgemeinen den Vorzug geben. Der einzeitige Cirkelschnitt ist wegen der Masse der zu bewältigenden weichen Theile nur bei mageren Individuen auszuführen. Der Lappenschnitt von innen nach aussen giebt zu schwere muskelreiche Lappen, die hier am wenigsten erwünscht sind.

Nächst dem zweizeitigen Cirkelschnitte ist der Lappenschnitt von aussen nach innen, mit Bildung eines vorderen und hinteren Lappens das beste Verfahren. Man bildet zuerst einen hinreichend grossen Lappen aus der hinteren Seite des Oberschenkels mit einem Zuge des Langenbeck'schen Messers und dann den vorderen Lappen, der jedoch nur mit wiederholten Messerzügen gebildet werden kann, weil der Knochen im Wege ist. Verlegt man, bei dieser Methode, den inneren Wundwinkel gerade über die Cruralarterie, so kann man die Durchschneidung derselben bis zum letzten Kreisschnitte verschieben, welcher zur Entblössung des Knochens dienen soll. Der Hauptvortheil dieses Verfahrens besteht in der Leichtigkeit des Absägens des Knochens, so wie in der bequemen Deckung des Stumpfes, bei hinreichender Länge beider Lappen, die jedoch keineswegs gleich lang zu sein brauchen.

4) Steht eine Exarticulation des Hüftgelenkes in Aussicht, was man bei hochliegenden Verletzungen nicht immer im Voraus wissen kann, so muss man sich in der Wahl der Methode danach richten. Nöthigenfalls kann man freilich aus jeder Amputationsmethode des

Oberschenkels eine Exarticulation des Hüftgelenks machen. Jäger ging einmal, mit glücklichem Erfolge, von dem einzeitigen Cirkelschnitte zur Exarticulation über, indem er die weichen Theile an der Aussenseite des Stumpfes durch einen über dem Trochanter major anfangenden Schnitt trennte und den Knochen aus den Muskeln und aus dem Gelenke schälte. Dies Verfahren ist wohl das am wenigsten verletzende und verdiente vielleicht weiter verfolgt und ausgebildet zu werden. Ich habe es, ausser anderen Methoden, immer am Cadaver üben lassen.

Anstatt des einzeitigen Cirkelschnittes kann man dabei auch den zweizeitigen vorhergehen lassen, oder halbmondförmige Hautlappen bilden. Uebrigens bestimmt vorzugsweise der Verlauf des Schusscanals die Wahl der Methode, da man in solchen Fällen gewöhnlich nicht über dem Schusscanale operiren kann, so sucht man denselben in die spitzen Winkel zwischen die beiden anzulegenden Lappen fallen zu lassen. Indess braucht man in dieser Beziehung nicht zu ängstlich zu sein, wenigstens nicht bei Flintenschüssen, deren Eingangs- oder Ausgangsöffnung immerhin im Bereiche eines Lappens liegen dürfen, welcher aus Haut und Muskeln zugleich besteht. Dagegen muss die Abtrennung der Haut durchaus da vermieden werden, wo eine Kugel durchgegangen ist, weil sie unfehlbar brandig werden würde.

Bei unseren zahlreichen Resectionen des Ellenbogen- und Schultergelenkes, so wie bei einigen Exarticulationen des Schultergelenkes, haben wir auf die vorhande-

nen Schusslöcher nur wenig Rücksicht genommen, und niemals ist mehr daran abgestorben als sonst bei Schusswunden. Wir haben aber auch nie die Haut allein abgetrennt, sondern sie immer in Verbindung mit den unterliegenden Theilen gelassen.

Die von Guthrie mit glücklichem Erfolge ausgeführte seitliche Lappenbildung bei der Exarticulation des Hüftgelenkes ist weniger bequem, als die Bildung eines grossen vorderen und kleinen hinteren Lappens, weil letztere das Hüftgelenk zugängiger macht, dem von aussen am schwersten, und am leichtesten von vorne beizukommen ist.

Alle genannten Methoden der Amputation des Oberschenkels gestatten, vice versa, die Anwendung auf Exarticulation des Hüftgelenkes; am leichtesten jedoch die vordere und hintere Lappenbildung, man braucht nur die Winkel der Lappen aufzuschneiden, um deren Basis dem Gelenke näher zu bringen. Uebrigens gilt auch hier der Grundsatz, stets den hinteren Lappen zuerst zu bilden und zwar von aussen nach innen; macht man ihn erst nach Vollendung des vorderen Lappens, von innen nach aussen, so ist es unmöglich ihn so regelmässig zu bilden, wie es bei einer so bedeutenden Operation wünschenswerth ist, theils weil die Blutung stört, theils weil überhaupt diese Lappenbildung von innen nicht so kunstgerecht auszuführen ist.

Ich selbst habe nie die Exarticulation des Hüftgelenks gemacht, dagegen oft die Amputation des Oberschenkels dicht unter dem Trochanter minor und zwar in der Civilpraxis mit glücklichem Erfolge.

Nach mündlichen Mittheilungen von B. Langenbeck hält derselbe die Exarticulation des Hüftgelenkes auch deshalb oft indicirt, weil die Amputation dicht unter dem Trochanter minor nicht kunstgerecht ausgeführt werden könne. Ich muss dies durchaus in Abrede stellen und würde bei den von ihm mit Glück im Hüftgelenke exarticulirten Knaben (bei dem einen wegen Schussfractur, bei dem anderen wegen acuter Nekrose) vermuthlich mit der hohen Amputation ausgekommen sein. Ich habe die hohe Amputation des Oberschenkels in der Friedenspraxis so oft mit Glück gemacht und sah, dass die Patienten auf Textor's tellerfömigem Stelzfusse so gut gingen, dass ich früher daran dachte, diese Operation könne wohl am Oberschenkel dieselbe Stelle vertreten, wie die Amputation an der Wahlstelle des Unterschenkels, so dass die Patienten, in beiden Fällen, mit gebogenem Stumpfe gehen, welcher so wenig hervorsteht, dass er durch ein weites Beinkleid völlig verdeckt wird. Aber im Felde lernt man die höhere Gefahr der Oberschenkel-Amputationen im oberen Drittheil zur Genüge kennen und kein Militairarzt wird am Oberschenkel höher amputiren als er muss. Ich überlasse es Anderen, die Indicationen für Exarticulation des Hüftgelenkes festzustellen! Sollen am Hüftgelenke dieselben Indicationen gelten wie am Schultergelenke, so indicirt die Verletzung des Hüftgelenkes an sich nur die Resection, und die Exarticulation ist nur dann zu rechtfertigen, wenn die Bedingungen zur Lebensfähigkeit des Gliedes fehlen, das heisst, wenn Gefässe und Nerven zugleich verletzt sind.

In unserer Zeit wird wohl Niemand mehr im Ernste

behaupten, dass durch die Eröffnung eines grossen Gelenkes die Chancen einer gefährlichen Operation verbessert werden, oder mit einem Worte, dass die Exarticulation der hohen Amputation vorzuziehen sei. Larrey hat dieses Vorurtheil in Betreff des Schultergelenkes lange genährt. Ich habe mich durch die Autorität dieses hochverehrten Mannes nicht abhalten lassen, fast überall die hohe Amputation dafür in die Stelle treten zu lassen, und zwar in frischen Fällen immer mit glücklichem Erfolge.

4) An der Hand. Ausser Exarticulationen der Finger habe ich an der Hand keine Operationen wegen Schussfracturen vornehmen lassen. Alle die schönen Amputationen, Resectionen und Exarticulationen der Mittelhandknochen, wie man sie am Cadaver einüben lässt, sind im Felde völlig überflüssig, da die Verletzungen, welche sie zu erfordern scheinen, am besten ohne operative Eingriffe heilen. Der Grund davon ist leicht einzusehen; die kleinen schwachen Knochen der Hand werden von dem Projectil au niveau der weichen Theile, abgerissen, ohne weitgehende, oder in ihren Wirkungen gefährliche Splitterungen zu erleiden. Die weichen Theile sind, mit geringer Nachhülfe der Kunst, durch Wegnahme von Splittern besonders, im Stande, sich über den Knochenstümpfen zu vereinigen. Auf diese Befähigung gründet sich bekanntlich die ältere Amputation von Fingern und Zehen mit dem Meissel, welche sogar in unserer Zeit Rust einmal wieder einzuführen suchte, weil die Wunde nach seiner Erfahrung danach eben so schnell heilt, als nach einer kunstgerechten Amputation oder Exarticulation. Auf der anderen Seite

beruhen die Nachtheile operativer Eingriffe in der Gefahr grösserer Substanzverluste durch Brand. Unter den günstigsten Umständen hat am Ende doch jede grössere Operation Hyperämie zur Folge, die um so leichter zum Brande führen muss, je mehr die Operation in unmittelbarer Nähe des von einem Projectil gequetschten Theiles vorgenommen wird, wie dies an der Hand, diesem an Nerven und Gefässen reichen, zur Entzündung sehr geneigten Organe, immer der Fall sein muss. Jüngere Aerzte werden sehr wohl thun, die Hospitäler grosser Fabrikstädte zu besuchen, um die nöthige Discretion in Betreff der Operationen bei Verletzungen der Hand zu erwerben. Die Verletzungen durch Maschinen sind übrigens viel schlimmer als die durch Flintenkugeln. Ich habe mich niemals mehr gefreut über die guten Wirkungen einer exspectativen Chirurgie, als in dem Falle des tapferen Robert H., den bei Friedrichstadt eine Kartätschenkugel getroffen hatte, als er gerade im Anschlage lag. Dieselbe Kugel hatte ihm das linke Handgelenk zerrissen, so dass die Amputation des Vorderarmes gemacht werden musste und an der rechten Hand den Zeigefinger und Metacarpusknochen des Mittelfingers zerbrochen, mit Oeffnung und Splitterung des Gelenkes der ersten und zweiten Phalanx des Zeigefingers. Ein operationslustiger Wundarzt würde hier die Exarticulation der Mittelfingerknochen des Zeige- und Mittelfingers gemacht haben. Ohne Operation kam er mit einem etwas verkürzten und im zweiten Gelenke steifen Zeigefinger davon.

Noch auffallender war freilich ein anderer Fall, wo eine Kugel durch sämmtliche Metacarpusknochen, mit

Ausnahme des für den Daumen, gegangen war und doch eine brauchbare Hand erhalten wurde.

Die Exarticulation des Handgelenkes ist primär im Felde selten indicirt, weil es meistens die Verletzung der das Handgelenk bildenden Knochen ist, welche die Abnahme der Hand erfordert, so dass diese durch Amputation des Vorderarmes bewerkstelligt werden muss. Dagegen kann diese Exarticulation secundär indicirt sein bei Verletzungen der Hand, entweder wenn die Carpusknochen nekrotisch geworden sind, oder wenn es sich im Verlaufe der Behandlung herausstellt, dass die Hand von keinem Nutzen mehr sein würde, wenn auch nach langer Zeit die Heilung noch möglich sein sollte. Im Felde ist mir kein Fall der Art vorgekommen, doch habe ich in der Civilpraxis einige Male, bei solchen protrahirten Fällen, die Exarticulation des Handgelenkes in den durch die vorhergegangene Entzündung veränderten Weichgebilden gemacht und leichte Heilung erzielt. Unter solchen Umständen macht man den doppelten Lappenschnitt, von aussen nach innen, der die besten Wunden giebt. Es ist mir dabei einmal begegnet, dass ich die Carpusknochen schon mit dem Radius verwachsen fand und dass die Säge gebraucht werden musste. Die vermehrte Beweglichkeit der zweiten Reihe hatte die vorhandene Anchylose versteckt.

Die primäre Exarticulation des Handgelenkes macht man am besten mit dem zweizeitigen Cirkelschnitte.

5) Am Vorderarme ziehe ich auch im Allgemeinen den zweizeitigen Cirkelschnitt vor, wegen der grösseren Einfachheit und leichteren Unterbindung. Doch

kann man auch unter Umständen, namentlich bei ungleicher Verletzung der weichen Theile, zur Lappenbildung schreiten, die aber immer von aussen nach innen geschehen sollte, weil man, bei der Lappenbildung von innen nach aussen, die Sehnen leicht zu sehr hervorzieht, ehe sie abgeschnitten werden.

Unter den 714 verwundeten Invaliden der schleswig-holsteinischen Armee sind 8 am Vorderarme Amputirte, dagegen 42 mit geheilten Schussfracturen des Vorderarmes, 21 des rechten und 21 des linken, und 73 der Hand und Finger, 36 rechts, 37 links.

6) Am Oberarme. An den unteren zwei Drittheilen des Oberarmes kann jede Amputationsmethode mit Leichtigkeit ausgeführt werden. Macht man den zweizeitigen Cirkelschnitt, so muss man sich in Acht nehmen, nicht zu viel Haut zu ersparen, welche der Heilung hinderlich wird. Muss man über der Insection der Deltoides operiren, so erfordert die Sache schon mehr Ueberlegung. Der einzeitige Cirkelschnitt, obgleich ausführbar, kann bei muskulösem Arme nicht mehr mit Bequemlichkeit gemacht werden, der zweizeitige leichter, aber auch bei dieser Methode macht die Unterbindung einige Schwierigkeit, wenn, wie es öfter vorkommt, der Stumpf krampfhaft gegen den Thorax angezogen wird und Gefässe und Nerven sich, mit dem Residuum des Coraco-brachialis und Biceps, in die Höhe ziehen. Deshalb ist bei Verletzungen, welche die Amputation über der Insertion des Deltoides indiciren, im Allgemeinen die Lappenbildung vorzuziehen, eine Ansicht, welche auch von Pirogoff getheilt wird. Mit Berücksichtigung der vorhandenen Wunde bildet man zwei Lappen, von

denen der innere die Gefässe enthält. Der äussere halbmondförmige Lappen wird zuerst gebildet, von aussen nach innen schneidend, alsdann kann man das Messer hinter dem Humerus durchführen und den inneren Lappen von innen nach aussen schneiden, was am Arme, des geringeren Umfangs wegen, leichter ist, als am Oberschenkel. Ehe man die Gefässe durchschneidet, kann ein Assistent in den Lappen hineingreifen und die Gefässe comprimiren. Diese Methode hat das Gute, dass sie sich sehr leicht in eine Exarticulation verwandeln lässt, wenn die Umstände es erfordern. Dies ist mir aber nur ein Mal vorgekommen, bei einem 50jährigen Bauern, dem, während der Schlacht von Idstedt, einige Kardätschenkugeln den Oberarm zerfetzt hatten. Bei genauerer Untersuchung des betreffenden Präparates zeigte es sich jedoch, dass auch in diesem Falle die Spalte nicht über das Tuberculum majus hinausging und dass man ohne Schaden unter den Tuberkeln hätte absägen können.

Die Exarticulation des Humerus, welche Larrey einige Hundert mal gemacht haben soll, ist auch ohne Rücksicht auf die Indication für dieselbe, von ihm, nach meiner Meinung, zu hoch gestellt worden. Der Vortheil der schnelleren Beendigung ist nicht in Betracht zu ziehen gegen die bleibenden Nachtheile der bei weitem grösseren Entstellung durch die Exarticulation. Nach der hohen Amputation behält die Schulter ihre Rundung und die betreffende Thoraxhälfte sinkt nicht so ein, wie nach der Exarticulation.

Viel wichtiger aber, als der Streit über die Vorzüge der Exarticulation über die hohe Amputation des

Humerus, ist die Frage über die Indication zu einer von beiden. Pirogoff amputirte oder exarticulirte im Kaukasus alle Schussfracturen der Oberextremität und kann bei dieser Frage gar nicht in Betracht kommen, nachdem Guthrie schon vor 30 Jahren den Satz ausgesprochen hatte, dass keine Schussfractur der Oberextremität für sich die Amputation indicire, obgleich auch er oft unter schwierigen Verhältnissen in Spanien und Portugal wirkte. Meine Bemühungen sind dazu geeignet, Guthrie's Ausspruche eine vermehrte Geltung zu verschaffen.

Unter den 714 Invaliden durch Verwundung, aus der schleswig-holsteinischen Armee, befinden sich nur zwei am Schultergelenke von mir selbst, wegen eines Kardätschenschusses in die Schulter, bei Friedrichstadt Exarticulirte, einer rechts, der andere links, 19 am Oberarme Amputirte, 10 rechts, 9 links, dagegen 9 am Schultergelenke Resecirte, 8 rechts, einer links, und 41 mit geheilten Schussfracturen des Humerus, 21 rechts, 20 links. Auf 50 einer conservativen Chirurgie unterworfene (9 Resecirte und 41 geheilte Schussfraturen) kommen also 21 ihres Gliedes beraubte (2 Exarticulirte und 19 Amputirte). Es zeigt sich, wie gering die Zahl der Exarticulationen im Verhältniss zu den Schussfracturen des Armes gewesen ist. Gesteht man der conservativen Chirurgie im Kriege überhaupt Geltung zu, so müssen die Exarticulationen der Schulter selten sein, wenn die Richtigkeit der folgenden Sätze nicht bestritten werden kann:

1) Dass Schussfracturen der Oberextremität an sich keine Indication zur Abnahme des Armes constituiren,

sondern nur in Verbindung mit Gefäss- und Nervenverletzung, oder zu ausgiebigem Verluste an weichen Theilen.

2) Dass die Verletzung des Schultergelenkes selbst, wenn sie nicht so gering ist, dass man sie der Natur überlassen kann, was sehr selten vorkommt, die Resection indicire, wenn auch die Splitterung des Humerus sich weit nach abwärts erstreckt, in Fällen, wo das Projectil die Gränze zwischen Epiphyse und Diaphyse getroffen hat.

3) Dass Schussfracturen der Diaphyse des Humerus, wenn sie auch der Epiphyse des Humerus ganz nahe liegen, weder Exarticulation, noch Resection der Schulter erfordern, sondern exspectativ behandelt werden müssen.

Indicationen für Spätamputationen.

Sie bestehen in 1) Brand, 2) Blutung, 3) verzehrender Eiterung, 4) störender Difformität und Unbrauchbarkeit eines bereits geheilten oder der Heilung fähigen Gliedes, 5) verspäteter Diagnose oder Hülfe.

Larrey rechnete auch den Tetanus zu den Indicationen der Gliederabnahme, aber von mir, wie von der Mehrzahl der neueren Wundärzte, ist diese Indication gestrichen worden. Die Amputation verhütet wohl kaum jemals den Tetanus, noch weniger aber heilt sie den vorhandenen. Die Erfahrungen vom Gegentheil beziehen sich auf Fälle von chronischem Tetanus, in denen der Patient die Krankheit und die Operation glücklich überstand.

Die Fortschritte der Chirurgie werden auch die übrigen genannten Indicationen mehr und mehr in Schatten stellen.

1) Der Brand eines verletzten Gliedes, möge er nun die unmittelbare Folge der Verletzung oder der nachfolgenden Hyperämie sein, sollte entweder von vorn herein als nothwendig erkannt werden und das getödtete Glied sollte abgenommen werden, ehe es zu faulen anfängt und das Blut verdirbt, oder im zweiten Falle sollte man es verstanden haben, der Entzündung zur rechten Zeit zu begegnen. Die traurigste Veranlassung zur Amputation wegen Brand, der Hospitalbrand kann durch passende hygienische Massregeln fern gehalten werden.

In früheren Zeiten stritten die Wundärzte darüber, ob man beim Brande amputiren solle vor, oder nach Bildung einer Demarcationslinie. Die meisten waren für letzteres. Jetzt bewegt sich der Streit auf einem anderen Gebiete, ob man überhaupt amputiren solle, oder lieber den Abstossungsprocess der Natur überlassen?

Ohne Zweifel ist die Natur im Stande, selbst die grössten Glieder ohne Amputation abzulösen. Ich habe einen Fall gesehen, wo ein Oberschenkel im oberen Drittheile abgestossen war, der durch einen festen Fracturverband abgestorben war, zweimal habe ich den abgestorbenen Vorderarm der Natur überlassen, die dann allein einen guten Stumpf bildete. Ich habe aber auch an allen grossen Gliedmassen wegen Brand amputirt und oft mit Glück. Amputiren soll man nach meiner Ansicht immer, wo kein erträglicher Stumpf durch spontane Abstossung in Aussicht steht, wie dies an den

unteren Extremitäten leichter geschieht, als an den oberen, aber man soll den richtigen Zeitpunct wählen. Es ist nicht hinreichend zu sagen, man solle warten bis sich eine Demarcationslinie gebildet habe; dies geschieht oft früher, als es rathsam ist zu operiren.

Eine bessere Indication liegt darin, wenn man sagt, man solle so lange warten, bis sich das Blut von den eingedrungenen faulen Säften gereinigt hat. Dies geschieht allerdings oft bald nach Bildung der Demarcationslinie, oder gar nicht, weil der Kranke unter blanden Delirien, braun belegter Zunge, Diarrhöen etc. durch die Intoxication mit Brandjauche, oder mitunter auch durch Pyämie rasch zu Grunde geht. Das glückliche Ueberwinden der Intoxications-Erscheinungen erkennt man aus dem Aufhören der drohenden Zufälle, aus der Reinigung der Zunge, dem Aufhören der Diarrhöen, der Delirien, Verlangsamung des Pulses etc. Tritt diese bessere Wendung ein, so kann man amputiren, sobald der Patient sich hinreichend erholt hat. Tritt sie nicht ein, so wird sie durch früheres Amputiren nicht erzwungen. Genau genommen soll man also nicht wegen des Brandes amputiren, sondern wegen einer unheilbaren eiternden Fläche. Die Amputation kann möglicher Weise glücklich verlaufen, auch wenn sie noch unter den drohendsten Erscheinungen gemacht wurde; diese konnten eben ihre Acme erreicht haben und würden, auch ohne Amputation, bald nachgelassen haben. In der Regel verläuft eine unter solchen Zufällen unternommene Operation aber tödtlich durch Pyämie, wenn nicht früher schon durch die Blutvergiftung mit Brandjauche. Es ist deshalb rathsam zu warten, bis es sich erwie-

sen hat, ob der Patient die Intoxications-Erscheinungen überstehen werde. Man wird mir hier einwenden: die Intoxications-Erscheinungen könnten ja nicht aufhören, ehe nicht der brandige Theil entfernt sei; aber kein erfahrener Chirurg wird dies zugeben und auch kein Arzt überhaupt. Sterben doch nicht einmal alle Patienten an Lungengangrän, die doch für die Resorption der Brandjauche so gefährlich wie möglich gelagert ist und liegen nicht Patienten mit ausgedehntem Brande einer Extremität oft Monate lang bei ganz erträglichem Allgemeinbefinden?

Der Mechanismus der Infection des Blutes mit Brandjauche von absterbenden Organen ist noch nicht bekannt, die Erscheinungen deuten aber darauf hin, dass es eine filtrirte Jauche sei, die ins Blut gelangt, also vermuthlich auf dem Wege der Endosmose, sie deuten ferner darauf hin, dass mit dem völligen Absterben des Theiles, dieser Uebergang von Jauche in das lebendige Blut aufhöre; darin liegt nichts Wunderbares, denn in der Verschliessung der Gefässe, in dem Aufhören der Circulation beruht ja das Absterben. Da nun die Zeichen der Blutinfection wie Erbrechen, Dirarrhöen, Sinken der Lebenskraft, oft schon dem entschiedenen Absterben des Theiles 24 Stunden und länger vorhergehen und oft erst nachher der Theil seine Farbe verändert, einsinkt und noch später in faule Gährung übergeht, welche den bekannten, penetranten Brandgeruch verbreitet, so müssen es wohl Zersetzungsproducte eines geringeren Grades sein, welche sich in dem Absterbenden entwickeln, wobei ein Theil der Gefässe noch

seine Lebenskraft conservirt und endosmotisch von zersetzten Flüssigkeiten durchdrungen wird.

Diese Erwägungen sind nicht überflüssig, weil sie geeignet sind, alle übermässige Eile in der Vornahme der Amputation beim Brande zu beschwichtigen. Bis dahin, wo man sich nicht mehr zu besinnen hat, verschone man den Patienten mit den Reizmitteln, die man noch immer zur Verhütung des Brandes zu probiren pflegt, oder mit der China, deren unverdienter Ruf als brandwidriges Mittel noch immer so fest steht, dass man die entschiedenste Contraindication gegen ihren Gebrauch, dick belegte Zunge, Erbrechen etc. für nichts achtet! Frische Luft und schwache Mineralsäuren sind gewiss das Beste, um der Constitution bei ihren kritischen Bestrebungen, das eingedrungene Gift auszuleeren, beizustehen.

2) In Betreff der Blutungen, welche zu secundären Amputationen Veranlassung geben sollen, muss ich auf das Vorhergehende verweisen, kann aber nicht unterlassen zu bemerken, dass ich weder im Felde noch in der Civilpraxis, jemals wegen Blutung allein amputirt habe, aus dem einfachen Grunde, weil es mir bis jetzt immer gelungen ist, der Blutung Herr zu werden, ohne zu amputiren. Dagegen ist es nicht zu vermeiden, zur Amputation zu schreiten, wenn Schussfracturen sich mit arteriellen Blutungen compliciren, welche durch entfernte Unterbindung nicht gehoben werden können. Das Aufsuchen des verletzten Gefässes an der fracturirten Stelle kann selten auf eine Art geschehen, welche noch Hoffnung auf Erhaltung des Gliedes übrig liesse. Indess

ist es uns doch zweimal an der Radialis gelungen in Fällen, wo der Radius durchschossen war.

3) Verzehrende Eiterung. Keine Indication ist so wenig positiv wie diese, oft gelingt es, dem Patienten das Glied zu retten, indem man ihn in ein luftigeres Lazareth verlegt, oft durch Veränderung der Diät; wenn sie zu reichlich war, durch Milchkost, war sie zu sparsam, durch stärkende Nahrung und Arzneien. Oft macht eine glücklich angelegte Gegenöffnung der starken Eiterung ein Ende, oft die Ausziehung eines fremden Körpers.

Positiv wird die Indication zur Amputation wegen starker Eiterung nur dann, wenn sie aus dem Kniegelenke kommt, wenn die Gewissheit vorliegt, dass der Kranke längst der Eiterung erliegen müsste, ehe an Heilung der Wunde gedacht werden könnte. Unter solchen Umständen soll man nicht lange säumen. Bei den übrigen Gelenken ist immerhin noch die Möglichkeit vorhanden, dass die richtige Behandlung ohne Amputation zum Ziele führen werde, beim Schulter- und Ellenbogengelenke kann die Resection unternommen werden. Ich besitze ein Präparat von glücklich geheilter Schussfractur des Femur, wo nur noch ein kleiner Sequester zurückblieb, aber das Kniegelenk metastatisch in Eiterung überging, aufbrach, und die Amputation erforderte. Ein anderes Präparat betrifft eine Tibia, aus der, nahe unter ihrem äusseren Condylus die Kugel eine Rinne ausgeschlagen hatte, die sich mit zahlreichen Osteophyten umgeben hat. In diesem Falle wurde durch unvorsichtigen Gebrauch der Sonde eine Ruptur der vermuthlich etwas ausgedehnten und ver-

dünnten Synovialkapsel an der hinteren Seite des Kniegelenkes hervorgebracht. Unmittelbar nach dem Sondiren entstanden heftige Schmerzen im Kniegelenke, welches rasch aufschwoll und, aller antiphlogistischen Mittel ungeachtet, in Eiterung überging. In letzterem Falle kam der Patient mit dem Leben davon.

4) Wegen störender Difformität wurde nur eine einzige, sehr übel gewählte Operation von einem Arzte, der der Versuchung zu einer grossen Operation nie widerstehen konnte, gemacht, indem er einen Oberschenkel amputirte, welcher sich im Hüft- und Kniegelenke contrahirt hatte, durch den Reiz einer im Becken liegenden Kugel, welche durch die Incisura ischiadica eindringend, die Blase geöffnet und seit vier Jahren bereits Urinfisteln unterhalten hatte. Fast eben so lange hatte dieser Unglückliche das Bett gehütet, war aber dann wieder blühend geworden und fühlte sich durch sein krummes Bein genirt. Er bat mich, ihn zu amputiren, was ich jedoch verweigerte. Durch die Amputation wurde er freilich von allen seinen Leiden befreit.

5) Verspätete Diagnose oder Hülfe. Leider sind die Fälle im Kriege nicht selten, wo die gleich anfangs indicirte Amputation nicht geschah und dann später verrichtet werden sollte. Entweder wurde der Transport des Verwundeten in das nächste Lazareth durch allerlei Umstände verzögert, oder die erste Diagnose war mangelhaft. Die schlimmsten Fälle dieser Art gehören meistens in die erste Kategorie, besonders, wenn es sich um ausgiebige Gliederzerschmetterungen handelt. Die der zweiten Gattung betreffen am häufigsten Fälle von Fracturen mit Spliterungen in die Ge-

lenke, perforirende Kniegelenksverletzungen und Fracturen mit Verletzung grösserer Gefässe, welche anfangs nicht geblutet haben, und dann im Lazareth durch heftige Blutung sich kund thaten. Das Bedenkliche dieser letzteren Zustände liegt darin, dass, da die Amputation dringend ist, die Vornahme derselben oft zu einer Zeit geschehen muss, wo die heftigste entzündliche Reaction gerade eingetreten ist. Die Gefahr solcher Amputationen ist längst bekannt und im Felde unendlich grösser als in der Civilpraxis, wo ein solcher schwer Verwundeter allein liegt. Die Ursache dieser grösseren Gefahr ist jetzt um so leichter zu erklären, seitdem es sich herausgestellt hat, dass Gelenkresectionen im Stadio der entzündlichen Reaction vorgenommen, bei weitem geringere Gefahr bringen, als Amputationen an denselben Gliedern verrichtet. Der Hauptunterschied einer Resection von einer Amputation besteht darin, dass bei der ersteren die grösseren Gefässe nicht durchschnitten werden. Es ist also im hohen Grade wahrscheinlich, dass die grössere Gefahr der Amputation in der Trennung der Gefässe besteht und in den Hindernissen, welche dem Kreislaufe des Stumpfes dadurch bereitet werden. Diese Hindernisse werden leichter überwunden, so lange sich das Glied nicht in einem Zustande entzündlicher Hyperämie befindet, wobei nicht bloss sämmtliche Gefässe sehr erweitert, sondern das Blut zu Gerinnungen geneigter geworden ist. Es ist bisher experimentell noch nicht erwiesen worden, wie weit sich, von den Capillargefässen aus, bei activen Entzündungsprocessen die Blutstagnation bis in die Venen hinein erstreckt. Ich kann indess versichern, dass ich

bei mehreren Fällen von acuter Ostitis des Handgelenkes die festen Gerinnungen von dem Rücken der Hand bis auf die Mitte des Vorderarmes in den Venen habe verfolgen können und die acuten Oedeme, welche unter solchen Umständen wohl ein ganzes Glied betreffen, beweisen, dass auch in den Hauptvenenstämmen partielle Gerinnungen vorkommen müssen. Bei Untersuchungen post mortem von Amputationsstümpfen, welche in der entzündlichen Periode gebildet wurden, wird man nie die Gerinnungen in den grossen Venen vermissen, bleibt jedoch darüber in Zweifel, in welchem Zeitpuncte sich dieselben gebildet haben möchten. Ihr constantes Vorkommen muss uns jedoch bewegen, auf dieselben einen hohen Werth zu legen, und es wäre wünschenswerth, dass man experimentell über die Vorgänge in den Venen entzündeter Theile Aufschluss erlangte, anstatt die Forschungen auf die Capillargefässe zu beschränken, wo sich die Vorgänge allerdings viel bequemer unter dem Mikroskope beobachten lassen. Der tödtliche Ausgang der Amputationen bei acut entzündlichen Zufällen erfolgt meistens unter den Erscheinungen der von der Hauptvene ausgehenden Pyämie.

Wenn man diese Erfahrungssätze auf die Praxis anwenden will, so ergeben sich daraus etwa folgende Regeln:

Man soll die Amputation vermeiden, wo die Infiltration des Gliedes sich bis zum Rumpfe hin erstreckt oder dem Rumpfe nähert, so lange die activen Entzündungserscheinungen noch fortdauern, d. h. so lange der Faserstoffgehalt des Blutes noch vermehrt ist, weil man alsdann in Theilen operiren muss, deren Circulation

durch Gerinnungen oder möglicher Weise durch Auflagerungen im Innern der Venen, jeden Falles durch bedeutende Dilatation seiner Gefässe bereits alterirt ist. Nach dem Aufhören der activ entzündlichen Erscheinungen ist das bis zum Rumpfe reichende Oedem kein Hinderniss der Amputation. In der Civilpraxis habe ich an allen grossen Gliedmassen in ödematös infiltrirten Theilen mit gutem Erfolge amputirt. Es ist nämlich eine bekannte Sache, dass das Oedem oft noch lange Zeit zurückbleibt, wenn die Ursachen seiner Entstehung schon längst aufgehört haben.

Man soll wo möglich den Nachlass der entzündlichen Erscheinungen abwarten, mit Ausnahme des Falles, in welchem durch heftige Blutung die Amputation eine Indicatio vitalis wird. Diese Regel wird von den meisten älteren Chirurgen gegeben, und scheint auch vollkommen physiologisch begründet zu sein, weil allerdings der Faserstoffgehalt des Blutes bei länger andauernder Eiterung zum Normalen zurückkehrt und die Circulationshindernisse sichtbar abnehmen, indem die oft bis zum Rumpfe sich ausdehnende Geschwulst wieder einsinkt. Von dieser Regel ist man in neuerer Zeit vielfach abgewichen und hat ohne Rücksicht auf den Grad der vorhandenen Wundentzündung amputirt. Die Gründe dafür nahm man aus der drohenden Infiltration des Gliedes bis zum Rumpfe und der unbegründeten Furcht vor den Eitergängen, welche man bei verspäteten Amputationen auch an der Stelle antreffen kann, wo man zu amputiren gezwungen ist. Diese Eitergänge haben bei Ausschluss von Pyämie keineswegs die Gefahr, welche man ihnen beigelegt hat. Ich habe mit glück-

lichem Erfolge dicht unter dem Trochanter major amputirt, wo mir beim ersten Schnitte der Eiter aus einer grossen Höhle entgegenspritzte. Ein anderer Grund zu Amputationen in der entzündlichen Periode wurde dem Umstande entnommen, dass manche Verletzte an Pyämie zu Grunde gingen, ehe ein Abschwellen des entzündeten Gliedes eintrat. Dieser letzte Grund ist wohl der am wenigsten haltbare, denn es möchte wohl Niemand so dreist sein zu behaupten, dass man durch die Amputation ein Leben zu retten vermöge, welches in wenigen Tagen der Pyämie erlegen wäre. Auch stimmen in dieser Beziehung meine Beobachtungen ganz mit denen der dänischen Aerzte überein, dass schwer Verwundete, welche nicht rechtzeitig amputirt sind, bei weitem länger, d. h. nicht bloss Wochen, sondern Monate am Leben bleiben, als die, welche nicht amputirt wurden, unter Umständen, wo die Amputation in kurzer Zeit durch Pyämie den Tod herbeigeführt haben würde. Nach dem Obigen muss ich bei dem älteren Grundsatze beharren, wonach alle Amputationen zu verwerfen sind, welche im Stadio der entzündlichen Anschwellung und vor bedeutendem Nachlasse derselben unter dem Einflusse einer längeren Eiterung unternommen werden, mit Ausnahme der durch Blutung gebotenen. In dieser Beziehung muss man sich erinnern, bis zu welchem Grade ein Kranker durch Eiterung abgeschwächt sein kann, und dennoch glücklich amputirt wird, wie man das alle Tage in Civilspitälern sehen kann. Indess sind freilich diese Fälle etwas verschieden; bei Schussfracturen der Extremitäten sind die Schmerzen und die davon ausgehende Reizung oft bedeutend grösser, als sie

jemals bei den Gelenkleiden vorkommen, welche in der Civilpraxis am häufigsten zur Amputation führen, und im Kriege kömmt nur allzu häufig ein intensives pyämisches Miasma hinzu. Es gehört in der That eine sehr feste Ueberzeugung von der Gefährlichkeit der betreffenden Amputationen dazu, um in vielen Fällen von Gliederzerschmetterungen die Amputation zu unterlassen, welche dem Patienten doch als eine wahre Wohlthat erscheint, weil sie ihn von unerträglichen Schmerzen befreit. In Betreff der Pyämie ist es denn doch von ausserordentlicher Wichtigkeit zu wissen, dass ein nicht Amputirter derselben in geringerem Grade ausgesetzt ist. Es erhält dadurch der Rath des weisen Hennen eine höhere Wichtigkeit, man solle vor allen Dingen solche Patienten, bei denen es sich um eine verspätete Amputation handelt, aus einem überfüllten Hospitale in reinere Luft bringen. Hennen wollte sie freilich schon vor diesem Transporte amputirt wissen. Nach meiner Ansicht würde es vorzuziehen sein, sie vor der Amputation in eine bessere Luft zu transportiren und dort den geeigneten Zeitpunct zur Amputation abzuwarten. Diese Methode ist wohl noch selten versucht worden, und gewährt doch die Hoffnung, dass der Patient in einer reineren Luft das im Lazarethe aufgenommene Miasma wieder aushauche oder durch die verschiedenen Excretionen ausleere. Als ich nach der Schlacht von Fridericia im Stande war, am achten Tage eine grosse herrliche Kirche, welche mittlerweile zum Hospitale hergerichtet war, belegen zu können, hatte ich das Vergnügen, eine Menge Patienten darin durchkommen zu sehen, die

bereits Schüttelfröste gehabt hatten; von den, vorher am Oberschenkel Amputirten, blieb kein einziger am Leben. Um diese Rathschläge gehörig zu würdigen, muss man sich nur erinnern, dass ein einzeln liegender schwer Verwundeter nur äusserst selten von Pyämie befallen wird, sonst würde Hennen's Rath vorzuziehen sein, erst zu amputiren und dann den Patienten zu verlegen.

Ein Hauptfehler in der Behandlung solcher Fälle, bei denen eine verspätete Amputation in Aussicht steht, scheint mir darin zu bestehen, dass man, nachdem die Nothwendigkeit der Amputation einmal erkannt ist, auf alle diejenigen Mittel Verzicht leistet, welche man angewendet haben würde, wenn die Erhaltung des Gliedes noch in Aussicht stände. In der Regel begnügt man sich dann mit warmen Cataplasmen, und erwartet Alles von der dadurch eingeleiteten Eiterung. Cataplasmen und Eiterung sind aber in der Regel gar nicht im Stande, der heftigen Entzündung, um die es sich hier gewöhnlich handelt, einen Damm entgegen zu setzen. Eine ganz unbegründete Furcht vor Schwächung des Kranken hält gewöhnlich von antiphlogistischen Mitteln ab, und so lässt man denn die Entzündung ihren höchsten Grad erreichen. Nach meiner Erfahrung müssen solche Patienten gerade so energisch behandelt werden, als ob die Erhaltung ihres Gliedes in Aussicht stände. Mehrere Patienten, bei denen eine Verletzung des Kniegelenkes zweifelhaft war, verdanken nach meiner Ansicht den glücklichen Erfolg einer Spätamputation nur der strengen Antiphlogose, welche gegen die vorhandene Entzündung des Kniegelenkes vorange-

gangen war. Wäre die Verletzung des Kniegelenkes von vorn herein sicher erkannt worden, so würde man sich auch in diesen Fällen vermuthlich mit einem Cataplasma begnügt haben. In Beziehung auf solche Patienten wird man bessere Erfolge erlangen, wenn man die grosse Wirksamkeit der Eisumschläge in allen Stadien entzündlicher Processe erst zu würdigen gelernt und sich von dem Vorurtheile frei gemacht hat, dass der Eintritt der Eiterung jede weitere Anwendung der Kälte ausschliesse.

Blutstillung, Verband und Nachbehandlung Amputirter.

Des Tourniquets habe ich mich nur bei einigen nächtlichen Amputationen des Unterschenkels bedient, übrigens aber schon seit 20 Jahren nur die Compression des Hauptstammes mittelst des Daumens ausführen lassen. Dieses Verfahren hat verschiedene Vortheile, unter denen der geringere Blutverlust der wichtigste ist. Das Tourniquet sperrt eine grosse Quantität Venenblut ab, welche man dem Kranken erhält, wenn man nur die Arterie comprimirt und den Abfluss durch die Venen offen lässt. Für die Operationen an der unteren Extremität wird die Femoralis am Schambogen comprimirt, bei Operationen an der oberen Extremität lasse ich die Axillaris oder Brachialis gegen den Humerus comprimiren und nur bei Exarticulationen des Schultergelenkes die Subclavia gegen die erste Rippe drücken. Da die Compression der Subclavia jedoch nicht immer auf zuverlässige Weise geschieht, so halte ich es für

wesentlich, den Operationstypus für die Exarticulation des Schultergelenkes so einzurichten, dass der Assistent in den innern Lappen hineingreifen kann, um die Axillaris zu comprimiren, ehe dieselbe durchschnitten wird.

Eines Retractors habe ich mich bei meinen Amputationen nie bedient, und denselben nie vermisst. Ich möchte daraus fast den Schluss ziehen, dass ich die weichen Theile von den Knochen noch etwas höher ablöse, als viele andere neuere Wundärzte, denen der Retractor noch unentbehrlich erscheint.

Zur Unterbindung der Gefässe sorge man für gut fassende Pincetten, deren Branchen vorn weder zu spitz sind, so dass sie nicht mit in den Faden eingebunden werden, noch zu breit, damit sie nicht zu viel Raum bedecken. Man suche die Arterie so viel als möglich isolirt zu bekommen, was bei den Hauptgefässen unerlässliche Pflicht ist. Um dieses auszuführen, kann man sich zweier Pincetten bedienen, mit denen man den umliegenden Zellstoff zerreisst, bei grossen Arterien gelingt dies selbst mit den Fingern. Anhaltende Blutungen aus Venen hören in der Regel auf, sobald der geängstigte Kranke wieder frei Athem holt und jedes Hinderniss des Rückflusses, wie z. B. Druck der Extremität gegen den Operationstisch, auf die Poplitäa, beseitigt. Sollte trotz Wegräumung dieser Hindernisse die Blutung fortdauern, so muss man sich zur Unterbindung der Venen entschliessen.

Anhaltendes Bluten aus dem Knochen stillt man in der Regel durch einen temporären Druck mit dem Finger; nur wenn dieser nicht zum Ziele führt, muss man versuchen, einen Wachspfropf hineinzutreiben, der in-

dess nicht gut hält, so dass man nicht allzu grosses Zutrauen darauf zu setzen hat. Ich habe leider einmal den Kummer gehabt, dass sich ein von mir am Oberschenkel amputirter Stabsofficier aus der Arteria nutritia ossis femoris verblutete. Die Amputation geschah im unteren Drittheile, das Gefäss spritzte aus dem Knochen hervor, hörte aber bei angewendetem Drucke bald auf zu bluten. Während eines von dem Amputirten selbst angeordneten Transports von zwei Meilen, von Colding nach Christiansfeld, erneuerte sich die Blutung, es wurde ein Tourniquet angelegt, welches ich in Christiansfeld abnahm; bei Eröffnung der Wunde spritzte nur die Arteria nutritia, hörte jedoch bei Berührung der Luft bald zu bluten auf. Der Patient starb wenige Stunden darauf unter allen Zufällen der Anämie. Man sieht daraus, dass man auch diese, in den Knochen verlaufenden, Gefässe nicht allzu gering anzuschlagen hat. Uebrigens kann ich bemerken, dass ich nie etwas Aehnliches bei Patienten gesehen habe, die nach der Amputation in ihrem Bette blieben.

Anfängern ist es sehr zu rathen, dass sie, vor der Schliessung der Wunde, noch einmal genau überlegen, ob sie bei der Amputation nicht irgend einen Fehler begangen haben, der noch auf der Stelle verbessert werden kann, z. B. ob die Lappen nicht zu dick ausgefallen sind, ob die Knochen egal abgesägt worden sind, und hinreichend hoch, so dass eine ganz leichte Schliessung der Wunde möglich ist, oder ob Nervenstämme zu tief abgeschnitten sind? Fehler dieser Art müssen auf der Stelle verbessert werden. So unangenehm dies dem Operateur auch sein mag, so sind die Unannehmlich-

keiten für den Patienten doch unendlich grösser, wenn es nicht geschieht.

Die Schliessung der Wunde habe ich stets vermittelst der Knopfnath bewerkstelligt, wo ich in völlig gesunden Theilen amputirt hatte, nur wo man in Theilen amputirt, welche durch Entzündung verändert sind, beschränke man sich darauf, die Wundränder einander leicht zu nähern und eventuell durch einige Heftpflasterstreifen zu unterstützen.

Die blutige Nath bei Amputationsstümpfen hat durchaus keine Nachtheile, wenn man sie, wie dies überall geschehen sollte, auf die Haut beschränkt, und niemals Muskelfasern mitfasst. Dagegen gewährt dieselbe den grossen Vortheil, dass sie jedes andere Mittel, die Vereinigung zu unterstützen, entbehrlich macht; das heisst sowohl Heftpflaster als auch Binden. Ein nasses Tuch oder eine geölte, oder mit Cerat bestrichene Compresse ist alles, was der Amputationsstumpf an Verbandstücken bedarf. Alles was man zur Empfehlung der Expulsivbinde, der Heftpflaster oder Compressen gesagt hat, beruht nach meiner Ansicht auf Täuschung; nur wenn man diese Verbandstücke so locker anlegt, dass sie den beabsichtigten Zweck ganz verfehlen, also die durchschnittenen Muskeln nicht comprimiren, und Lappen nicht andrücken, schaden sie nicht. Thuen sie, was man eigentlich damit beabsichtigt, so reizen sie die Muskeln zur stärkeren Retraction und behindern den Kreislauf. Möchte man doch endlich davon zurückkommen!

Was hier von der frischen Wunde gesagt worden

ist, gilt in vollem Masse auch von der eiternden. Will man einen schlechten Stumpf bekommen, so braucht man nur eine feste Expulsivbinde anzulegen. Im Jahre 1850, wo ich die Anlegung der Expulsivbinde völlig beseitigt zu haben glaubte, sagte mir ein übrigens sehr geschickter schleswig-holsteinischer Arzt, dass er doch bei zwei Oberschenkel-Amputirten sehr auffallenden Nutzen davon sähe, indem die weichen Theile sich mehr über den Knochen legten; indessen bestand die Täuschung darin, dass in Folge der Circulationsstörung durch die Binde ein Oedem erzeugt worden war, welches die den Knochen bedeckenden weichen Theile dicker erscheinen liess, als sie waren. Nach Weglassung der Binde verschwand das Oedem und die Heilung erfolgte ohne Schwierigkeit.

Bei Lappenamputationen ergiebt sich die Anlage der Nath von selbst; beim Cirkelschnitt vereinigt man die Haut in derjenigen Linie, in welcher sich die Hautränder am besten vereinigen lassen, mag diese Linie nun eine verticale oder horizontale oder diagonale sein. Es finden nämlich in dieser Beziehung an den gleichen Körperstellen bei verschiedenen Individuen Unterschiede Statt, welche man zu beachten hat, sonst kann man es erleben, dass eine vertical angelegte Linie sich mehr in die Diagonale zieht, wenn die Nath vollendet ist. Erst wenn man sich über die Richtung der Nath entschlossen hat, leitet man die Unterbindungsfäden in den tiefsten Wundwinkel, den man bei Amputationen des Oberschenkels z. B. so weit unvereinigt lässt, dass man bequem mit zwei Fingern eingehen kann.

Man hüte sich, die Unterbindungsfäden an dem

abgesägten Knochen vorbeizuleiten, ich habe es zweimal am Oberarme erlebt, dass Unterbindungsfäden von Callus eingeschlossen, unbeweglich wurden und nach Monaten endlich so kurz wie möglich gefasst und abgerissen werden mussten. Die Ligaturfäden schneide ich zwei Zoll vor der Wunde ab und befestige sie mit einem Heftpflasterstreifen. Bei übrigens günstigem Verlaufe ist es ziemlich gleichgültig, ob man einen Amputationsstumpf mit kalten Umschlägen behandelt oder nicht, wenn man den Stumpf nur passend lagert, d. h. so dass die entzündlichen Exsudate möglichst frei abziehen. Dies hat nur am Oberschenkel einige Schwierigkeit, wo die Beugemuskeln des Hüftgelenkes den Stumpf anfangs krampfhaft in die Höhe richten. Nach einigen Tagen, oft schon nach 24 Stunden, lässt dieser Krampf nach und man kann dann den Stumpf so horizontal lagern, wie es das etwas tiefer einsinkende Becken erlaubt. Durch diese Lagerung des Oberschenkelstumpfes habe ich mehreren Amputirten das Leben gerettet, die durch hohe Lagerung bereits hektisch waren, dann aber rasch geheilt wurden.

In meiner Jugend wandte ich nach der Amputation stets kalte Umschläge an; als ich nach München kam, erfuhr ich, dass meine Vorgänger, Walther und Wilhelm dies nicht gethan, sondern ihre Amputirten trocken verbunden hätten. Da der trockene Verband mancherlei Vortheile hat, indem der Kranke dabei gar nicht beunruhigt wird, wie dies bei kalten Umschlägen geschieht, die man fortsetzen muss, wenn man einmal damit angefangen hat, und der Verband nicht so bald übelriechend wird und der Erneuerung bedarf, so eignete ich

mir dies Verfahren an, und habe so guten Erfolg davon gesehen, dass ich mich nicht darüber wundere, wenn Herr Bierkowsky, nach seinen Beobachtungen an Amputationsstümpfen, die Watte für ein grosses Antiphlogisticum hält. Es erscheint eben manches als Antiphlogisticum, was der Luft und den Fingern des Chirurgen den Zugang versperrt. Uebrigens pflegte ich mich zur leichten Bedeckung der über die Amputationswunde gelegten Ceratcompresse nicht der Watte, sondern der zarten krausen Charpie zu bedienen, wie die barmherzigen Schwestern sie allein zu machen verstehen. Im Felde habe ich mich wieder mehr der kalten Umschläge bedient, vorzüglich deshalb, weil die trockenen Verbände leicht zu locker werden, und zu grosse Aufmerksamkeit erfordern; es wurden indess Versuche mit trockenen Verbänden auch von Watte gemacht, die indess auf den Gang des Falles gar keinen Einfluss zeigten.

Beim Gebrauche der Nath ist eine Vorsichtsmassregel unerlässlich; sobald der Patient nach Ablauf der ersten 24 Stunden erneuerte ungewöhnliche Schmerzen bekommt, muss man nachsehen, ob nicht durch unpassende Lagerung des Stumpfes oder durch die Nath Exsudate zurückgehalten werden, welche Spannung erregen, die durch partielles Aufschneiden der Nath beseitigt werden muss. Sehr oft habe ich es erlebt, dass junge Aerzte Amputirten in den ersten drei oder vier Tagen wegen solcher ungewöhnlichen Schmerzen Morphium gegeben hatten, wo es sich bei Entblössung des Stumpfes zeigte, dass die Nath hätte gelöst werden sollen.

Bei der Nachbehandlung eines Amputationsstumpfes muss man nach meiner Ansicht die Idee festhalten, dass

es sich dabei um die Heilung einer reinen Schnittwunde handelt, in welcher nur der abgesägte Knochen und die unterbundenen Gefässe einer Reinigung durch eine leicht vorübergehende Eiterung bedürfen, wobei die Exsudate und zertrümmerten Gewebe einen Abzugscanal längs der nach aussen geleiteten Fäden finden. Es ist nun nach meiner Meinung hinreichend bekannt, wie man eine solche Wunde zu behandeln habe, um eine möglichst gute Vereinigung zu erzielen; namentlich ist dies in Deutschland der Fall, wo man auf Universitäten hinreichende Gelegenheit zu haben pflegte, reine Schnittwunden so zu behandeln, dass sie mit möglichst geringer Eiterung heilten, selbst wenn ein blutendes Gefäss unterbunden werden musste. In meiner Jugend wenigstens pflegten die Studenten ihre Streitigkeiten dadurch auszugleichen, dass sie sich mit 4 Fuss langen Messern die Gesichter zerschnitten. Jeder ältere Student wusste, wie eine solche Wunde behandelt werden müsse, um schnell und ohne entstellende Narbe geheilt zu werden, dass dazu eine sorgfältig angelegte Nath, ein antiphlogistisches Regim, gelegentlich einmal kalte Umschläge, ein Abführungsmittel, oder auch wohl bei vollblütigen Personen ein Aderlass gehöre. Es ist mir oft aufgefallen, dass man dieselben Grundsätze nicht auch längst auf die Amputationswunden angewendet hat, wo es bis auf den heutigen Tag doch immer nur theilweise geschehen ist, indem man bald an dem Verbande, bald an dem Regim Aenderungen vornimmt, welche der Grundidee einer schnellen Heilung widerstreben. Der Eine will die Wunde 12 Stunden lang offen lassen, der Andere nicht nähen, der Dritte stopft die Wunde aus, ein

Vierter will gleich kräftige Nahrung geben, und nur sehr Wenige wollen heut zu Tage noch einem Amputirten zur Ader lassen.

Nach meiner Ansicht entspringen diese verschiedenartigen Rathschläge aus den unreinen Beobachtungen, welche dem Vorkommen der Pyämie zugeschrieben werden müssen, insofern diese alle Regeln umstösst, welche für Verhältnisse gegeben sind, bei denen die Pyämie nicht in Betracht kommt. Die Pyämie macht dabei den wesentlichen Unterschied, dass sie Processe tödtlich werden lässt, welche beim Ausschlusse derselben wohl der Heilung hinderlich werden, aber keine Lebensgefahr bedingen.

Es kommen hier besonders zwei Zustände in Betracht, nämlich 1) die serös-eitrigen Infiltrationen des die grösseren Gefässe umgebenden Zellstoffes; 2) die Entzündung des Knochenstumpfes.

Beide Zustände kommen ungefähr gleich häufig bei Amputirten, mit oder ohne Ausschluss der Pyämie, vor, setzen das Leben des Amputirten aber nur dann in Gefahr, wenn Pyämie im Spiele ist.

Verlauf bei Ausschluss der Pyämie.

In Betreff der Infiltrationen des die grossen Gefässe umgebenden Zellstoffes, Zustände, welche von den meisten neueren Wundärzten als Venenentzündung oder primäre Gerinnung in den Venen betrachtet werden, muss ich zunächst bemerken, dass kein Theil des durchschnittenen Gliedes so lockeren Zellstoff enthält, wie die Vagina vasorum, also auch keiner so zu Infiltrationen geneigt sein kann.

Diese Infiltration tritt gewöhnlich zu einer Zeit auf, wo der grösste Theil der Wunde durch erste Intention geschlossen ist, und nirgends häufiger als am Oberschenkel, wo sie durch die Lagerung des Stumpfes begünstigt wird. Die Erscheinungen derselben sind folgende:

Erstens: Schmerz im Verlaufe der Vene, dadurch erklärlich, dass neben dieser Nerven verlaufen, welche durch die Infiltration comprimirt werden;

Zweitens: Anschwellung und Druckschmerz der Drüsen;

Drittens: Oedematöse oder teigige Anschwellung längs des Verlaufes der Gefässe. Erreicht diese einen höheren Grad, so kann der ganze Stumpf aufschwellen und die schon entstandenen Adhäsionen theilweise oder ganz wieder auflösen, was dann vermuthlich als Beweis gelten muss, dass sich Gerinnungen in den grossen Venen gebildet haben. Bei diesen Zuständen kann eine solche Röthung der Haut eintreten, dass eine Verwechselung mit Rose möglich ist, wovor man sich zu hüten hat. Bei Ausschluss der Pyämie hat dieser Zustand keine grosse Gefahr. Nicht selten gelingt es, durch Blutegel, die man an den Stumpf setzt, durch kalte Umschläge die vorhandene Infiltration rasch zu zertheilen. Mitunter bildet sich ein Abscess in der Vagina vasorum, den man entweder an Ort und Stelle öffnet, oder der sich beim Gebrauche von warmen Umschlägen in den Stumpf hinein entleert.

Die Entzündung des Knochenstumpfes ereignet sich besonders bei verspäteten Amputationen, wo die vorhergegangene Hyperämie, ausser den übrigen Blutgefässen,

auch die Blutcanäle der Knochen schon sehr erweitert hat, und kann sich unter solchen Umständen schon auf mehrere Zoll weit in der ganzen Dicke des Knochens erstrecken. Bei Frühamputationen erstreckt sie sich gewöhnlich nur auf einige Linien, wodurch dann ein kronenförmiger Sequester gebildet wird. Die Art des Sägens, die dabei Statt findende Erhitzung des Knochens, mag darauf einigen Einfluss haben. Pirogoff empfiehlt, um die Beleidigung des Knochens zu vermindern, den Gebrauch einer feinen Uhrfedersäge. Ich habe sie einmal bei einer Unterschenkelamputation versucht; sie macht eine sehr glatte Schnittfläche, arbeitet aber so langsam, dass sie im Felde jedenfalls nicht anwendbar ist. Es kann auch wohl nicht sehr viel darauf ankommen, weil ich mich immer aus Gewohnheit der Blattsäge bedient habe, ohne ausgedehnte Nekrosen zu sehen, indess will ich nicht in Abrede stellen, dass eine feingezahnte Bogensäge vielleicht den Vorzug verdiene. Ziemlich allgemein verlassen möchte wohl das Zurückstreifen des Periost's sein, in der Idee, dasselbe zur Bedeckung des Knochenstumpfes zu benutzen: da dabei doch nur einige Fetzen erhalten werden können, welche ohne Zweifel grösstentheils nachher absterben. Einen viel grösseren Einfluss auf das Zustandekommen dieser Knochenentzündung als die Säge übt die Nachbehandlung des Stumpfes. Viele Wundärzte sind darüber ganz im Unklaren, wie nachtheilig jeder Druck ist, welchen das Heftpflaster oder andere Verbandstücke auf den Knochenstumpf ausüben, indem er theils partielle Nekrosen, theils Wucherungen schwammiger Granulationen aus der Markhöhle hervor-

bringt. Die letzteren hören sofort auf sich zu vergrösseren, wenn die drückenden Verbandstücke weggelassen werden. Es ist eine bekannte Sache, wie grosse Schwierigkeit das Durcheitern des vorderen Hautlappens bei der Unterschenkelamputation verursacht. Weniger bekannt dürfte es sein, dass unzweckmässig angelegte Heftpflaster und drückende Verbände die Schuld davon tragen, und dass man diesen Unannehmlichkeiten fast immer entgeht, oder sie wenigstens auf ein Minimum beschränkt, wenn man sich mit der blutigen Nath begnügt, jeden Verband weglässt, der die Lappen an den Knochenstumpf presst, und das ist am Ende die Wirkung jedes Verbandes, den man überhaupt bei Amputationsstümpfen anlegen kann.

In gewöhnlichen Fällen kommt die, solchen partiellen Nekrosen zu Grunde liegende, Knochenentzündung gar nicht zur Wahrnehmung, man vermuthet sie nur aus der, nach Abstossung der Ligaturen, noch längere Zeit fortdauernden Eiterung und entdeckt nachher den Sequester, nach dessen Extraction die Wunde zuheilt. Nur wenn diese Knochenentzündung, wie es bei Spätamputationen zu geschehen pflegt, in grösserer Ausdehnung vorkommt, entwickelt sie sich meistens schon einige Tage nach der Amputation unter lebhaften Fieberbewegungen, Aufschwellen und Schmerzhaftigkeit des Stumpfes, und schlechter Eiterbildung. Da das von dem Periost gebildete Exsudat zur Zersetzung neigt und zur Jauche wird, so greift dieser Process leicht um sich, und giebt, durch entzündliche Ablösung der am Knochen haftenden Muskelinsertionen, die Veranlassung zum Hervortreten des Knochens und

zu einem zuckerhutförmigen Aussehen des Stumpfes. Unter solchen Umständen, die bei verspäteten Amputationen nicht immer zu vermeiden sind, selbst bei vollkommen gut ausgeführter Operation, wodurch zur Deckung des Knochenstumpfes hinreichende Weichtheile erzielt wurden, greifen die meisten Wundärzte zu dem verkehrten Mittel, die weichen Theile um so gewaltsamer hervorzuziehen und durch Heftpflaster und Binden zu befestigen, je länger der Knochen vorsteht. Der fabelhafteste Auswuchs dieses Bestrebens ist der in neuerer Zeit für solche Fälle erfundene Streckapparat der Weichtheile, der nur in so fern Vortheile gewähren könnte, als dabei der Knochen keinem Drucke durch Verbandstücke ausgesetzt wird, und der Stumpf in eine gestreckte Lage kommt, wobei Exsudate leichter abziehen können.

Ich habe nun aber die Entdeckung gemacht, dass, bei Verzichtleistung auf alle mechanische Nachhülfe, bei ganz milder Localbehandlung durch Fomentationen oder Ceratcompressen ein vollkommen guter Stumpf erzielt wird, indem die retrahirten Muskeln durch spontane Erschlaffung und durch die Contraction des Narbengewebes dem Knochenstumpfe genähert werden, sobald der Sequester sich gelöst hat oder auch schon vorher, wenn derselbe keinen grossen Umfang hatte.

Nur bei dem entgegengesetzten Verhalten oder bei fehlerhaft ausgeführter Operation, wobei zu wenig Weichtheile erspart wurden, bilden sich die fatalen Zuckerhutstümpfe, welche selbst nach Abstossung des Sequesters nicht zur Heilung gebracht werden können, weil ein granulirender hypertrophischer Knochenstumpf zollweit daraus hervorsteht.

Hier ist dann nur durch Resection des vorstehenden Knochenstumpfes die Heilung zu erzielen, eine ganz ungefährliche Operation, wenn sie nur da vorgenommen wird, wo die Vernarbung schon weit vorgeschritten war, und ja nicht zu einer Zeit, wo das Leben des Kranken im geringsten bedroht ist. Aus der Nichtbeachtung dieser letzten Cautele können allein die ungünstigen Urtheile erklärt werden, welche ältere Chirurgen über solche Resectionen geäussert haben. Ich habe sie viermal am Oberschenkel mit dem besten Erfolge verrichten lassen.

Verlauf unter dem Einflusse der Pyämie.

Dieselben Processe, welche ohne Mitwirkung von pyämischem Miasma einen mehr localen Charakter behalten, bekommen durch dessen Hinzutreten mehr den der Diffusion und zeigen auch in ihrer Symptomatologie diejenigen Eigenthümlichkeiten, welche englische Wundärzte bewogen haben, den Namen low inflammation dafür zu wählen. Weder die Infiltrationen der Vagina vasorum, noch die Knochenentzündung treten unter deutlich ausgesprochenen Entzündungserscheinungen auf. Es gilt dies besonders von der zur Nekrose führenden Knochenentzündung, deren Ausdehnung man während des Lebens oft gar nicht geahnt hat, wenn sie sich auch vom unteren Drittheile des abgesägten Femur bis zum Trochanter minor erstreckt. Es ist dieser Knochenaffection eigenthümlich, dass sie die Medullarsubstanz vorzugsweise ergreift, und die Corticalsubstanz gröstentheils verschont. Man bezeichnet diese Zustände jetzt wohl mit dem Namen Knochenphlebitis und Knochenverjauchung. Es

ist auch wohl schwerlich zu bezweifeln, dass der innere Zerstörungsprocess des Knochens dabei auf ähnliche Weise vor sich gehe, wie dies bei den analogen Zuständen der weichen Theile geschieht, nämlich durch Gerinnung in den Venen, durch deren jauchige Zersetzung und fortschreitende jauchige Imbibition. Dieser Process kommt am häufigsten nach der Amputation des Oberschenkels vor, es ist deshalb wahrscheinlich, dass die Lage des Knochenstumpfes, welche die Imbibition der Medullarsubstanz mit Jauche begünstigt, daran Antheil habe. Doch ist er mir auch beim Oberarme vorgekommen, wo die umgekehrte Stellung des Knochenstumpfes Statt findet. Vermuthlich ist die capillare Ascension hinreichend, das Eindringen von Eiterserum zu erlauben, in Theilen, wo durch Gerinnungen der Kreislauf aufgehört hat. Immerhin jedoch muss man eine entzündliche Hyperämie als Grundlage des Processes ansehen, besonders, da diese Zustände vorzüglich bei Spätamputationen vorkommen, bei denen die Erweiterung der Gefässe in den Weichtheilen schon bei der Amputation bemerkbar wird, indem man mehr Arterien zu unterbinden hat, während die Erweiterung der Gefässe des Knochens, welche vorzugsweise die Venen betrifft, sich nach der Maceration des amputirten Knochens aus den erweiterten Gefässcanälen ergiebt.

Diese localen Zustände verbinden sich mit den verschiedenen Formen der Pyämie und sind bei den weniger acuten Fällen nicht immer tödtlich. Bei den acuten Formen dringt das tödtliche Ferment entweder von der Hauptvene ein, in welcher sich Eiter oder Jauche gebildet hatte, von der Wunde anfangend, oder, wenn der

Process vom Knochen ausging, so kann der untere Theil der Vene gesund sein und diese erst da Jauche enthalten, wo die Vena nutritia in dieselbe einmündet. Uebrigens können beide Processe gleichzeitig vorkommen. Bei chronischer Pyämie kann sich längs des Laufes der Vene ebenfalls ein Abscess bilden, der den vorhin beschriebenen Verlauf nimmt und der Fall kann doch noch ein glückliches Ende nehmen, wie ich dies in Civilspitälern mehrmals gesehen habe, trotz dem dass Schüttelfröste und andere Erscheinungen der Pyämie zugegen gewesen waren. Uebersteht der Patient bei innerer Knochenverjauchung den gefährlichen Process, so hat er noch die immer sehr langwierige Ablösung und oft sehr schwierige Extraction des inneren Sequesters durchzumachen. Ich besitze einen sieben Zoll langen Sequester des Femur, den ich nach sechs Monaten einem Patienten extrahirt habe, welcher durch chronische Pyämie lange Zeit am Rande des Grabes war. Nur an seinem unteren Ende besteht dieser Sequester auch aus der ganzen Corticalsubstanz, der dadurch entstandene Vorsprung diente mir zur Anlegung einer Schlinge, an der ich mit Hülfe eines Assistenten die Ausziehung vornahm.

Wie bei anderen pyämischen Zuständen giebt die antiphlogistische Behandlung auch hier gar keinen Erfolg, nicht einmal einen prophylactischen, denn gerade diejenigen Patienten, welche vor oder bei der Amputation viel Blut verloren haben, werden am leichtesten von Pyämie heimgesucht. Es ist deshalb auch gar nicht zu verwundern, dass in unserer Zeit, wo man fast überall mit der Pyämie zu kämpfen hat, die Aerzte so

wenig von einer antiphlogistischen Nachbehandlung der Amputirten wissen wollen, die denn doch unter günstigeren Umständen bei einer Amputationswunde eben so nützlich und nothwendig sein kann, als bei einer einfachen Gesichtswunde.

Nichts hat den neueren Militairärzten wohl so viel Kummer gemacht, als die ganz unerwartete Sterblichkeit bei Amputirten, sie enthält die dringende Mahnung, Alles anzuwenden, um der Entwickelung des pyämischen Miasma kräftig entgegen zu treten, wie dieses in Bezug auf die am Ober- und Unterschenkel Amputirten dadurch geschehen könnte, dass man sie gleich anfangs in besondere Häuser legt, in denen jeder Amputirte in einem besonderen Zimmer liegt und einen besonderen Wärter hat. Wenn in einem solchen Hause ein Arzt wohnte, so würde selbst für den Fall einer Nachblutung, mit der es bei vorsichtiger Unterbindung überhaupt nicht viel auf sich hat, gegen diese Einrichtung nichts einzuwenden sein.

Verbände und andere Hülfsleistungen auf dem Schlachtfelde.

Der Zweck der Verbände auf dem Schlachtfelde ist ein dreifacher: Blutstillung, Deckung der Wunde und Vorbereitung zum Transporte. Die Blutstillung sollte auch auf dem Schlachtfelde nicht übereilt werden. Es ist besser, dass der Verwundete etwas Blut verliert, als dass man durch frühzeitige Tamponade die Veranlassung giebt, dass die den Schusscanal umgebenden Weichtheile mit Blutextravasaten durchsetzt werden. Erscheint die Tamponade wegen Stärke und Andauer einer arteriellen Blutung nothwendig, so wird sie am besten mit einem weichen Badeschwamme, der an einem Faden befestigt ist, ausgeführt. Unter solchen Umständen sollte niemals die totale Einwickelung des verletzten Gliedes unterlassen werden, weil diese die Blutmasse in dem Gliede überhaupt vermindert und das Zellgewebe desselben comprimirt, wodurch Extravasate verhindert werden. Der grösste Fehler, den man unter solchen Umständen begehen kann, ist der, dass man, nachdem die Blutung durch Tamponade gestillt ist, ein Tourniquet mässig fest anlegt. Dies stört den Rückfluss, ohne den Zufluss aufzuheben

und kann dadurch die Erneuerung der Blutung begünstigen und zwar eben so gut bei verletzten Venen, wie bei verletzten Arterien. Ein Tourniquet muss entweder ganz locker oder so fest angelegt werden, dass es den Zufluss des Arterienblutes aufhebt. Ganz locker legt man es an, damit es gleich bei der Hand sei, wenn die Blutung sich erneuert, ganz fest, wenn für den Augenblick die Blutstillung auf andere Weise nicht möglich ist. Wo kein Tourniquet angelegt werden kann, muss man durch Druck mit der Hand zu helfen suchen, welcher in diesen Fällen meistens auf die Wunde selbst ausgeübt werden muss. Unter dem fortwährenden Drucke auf die angestochene Carotis wurde mir der früher erwähnte Patient aus einer beträchtlichen Entfernung her glücklich in die Klinik getragen, ohne dass sich unterweges die Blutung erneuerte. Es versteht sich indess von selbst, dass man wo möglich solche Patienten nicht eher transportirt, bis man die Blutung dauernd gestillt hat.

Die Deckung der Wunde auf dem Schlachtfelde sollte auf die Art geschehen, erstens, dass die Wunde unterweges nicht trocken wird, und zweitens, dass der Verband im Lazarethe leicht abgenommen werden kann. Beides erreicht man dadurch, dass man die Wunde mit einer nassen Compresse bedeckt, in welche ein Stück Krankenleder, d. h. eine dünne Platte von Gutta-Percha eingelegt ist. Diese Compresse befestigt man durch ein Paar Bänder oder durch einige lockere Bindentouren. Das wasserdichte Krankenleder verhindert die Verdunstung des Wassers der Compresse von Innen, die Wunde bleibt feucht und verklebt nicht mit den Ver-

bandstücken. Diese dünnen Gutta-Perchaplatten sind so wohlfeil, dass die Kosten ihrer Verwendung auf dem Schlachtfelde nicht in Betracht kommen können. Diese Methode des ersten Verbandes hat wesentliche Vorzüge vor dem älteren Verfahren der Schliessung durch Charpie und Heftpflaster, da die Charpie sich so fest mit den Wunden verfilzt, dass sie selbst nach längerer Anwendung von Umschlägen nicht immer gut losgeht, nachdem sie vorher schon durch das Eintrocknen des eingedrungenen Blutes hart geworden ist und die Wunde gereizt hat.

Zum Transport befähigt müssen besonders diejenigen werden, welche an Schussfracturen leiden. Dazu dienen besonders die provisorischen Fracturverbände, welche sich von den definitiven dadurch unterscheiden, dass man sich dabei aller festen circulären Einwickelungen enthält. Am wenigsten Gefahr bringen die Einwickelungen mit Flanellbinden, von deren Vortrefflichkeit die deutschen Wundärzte im Allgemeinen noch zu wenig unterrichtet sind. Nach meiner Erfahrung jedoch kann man bei provisorischen Fracturverbänden die circulären Einwickelungen vollkommen entbehren, und ich mache fast nie Gebrauch davon.

Bei Verletzungen am Kopfe werden die Haare in der Umgegend der Wunde abgeschnitten oder abrasirt, die Wunde gereinigt und die nasse Compresse mit einem Kopftuche oder Kopfnetze befestigt. Bei Verletzungen des Gesichtes wird die Compresse durch ein Tuch oder einige Bindentouren festgehalten. Bei Schussfracturen des Ober- und Unterkiefers kann eine Unterstützung durch eine Schleuderbinde mitunter nützlich

sein, nachdem man die ganz losen Zähne und Splitter entfernt, und die von scharfen Knochenscherben oder Projectilen zerrissenen weichen Theile durch die blutige Nath vereinigt hat. Bei Verletzungen des Halses wird die nasse Compresse durch ein Halstuch oder durch ein Paar lockere Bindentouren befestigt; man hüte sich vor jenen lächerlichen Verbänden, die den Kopf nach der einen oder anderen Seite hinziehen sollen, welche ebenso unnütz wie unbequem für den Kranken sind. Bei Verletzungen des Schlüsselbeines oder des Schulterblattes wird der Arm in eine Mitella gelegt. Bei Schussfracturen des Humerus wird ebenfalls die Mitella angelegt und dann der Arm durch einige Touren einer Flanellbinde, um Thorax und Arm, am Thorax befestigt. In der Regel liegt der Arm sehr gut auf dem blossen Thorax, in manchen Fällen ist es wegen der besonderen Form des Thorax erforderlich, Watte oder lockere Charpie zwischen Thorax und Arm zu legen. Zieht man es vor, zwischen Thorax und Arm ein Kissen zu placiren, so muss dieses sehr leicht sein und mit ein Paar Bändern auf der gesunden Schulter suspendirt werden.

Bei Schüssen in das Ellenbogengelenk hängen die Fragmente gewöhnlich noch so fest zusammen, dass ausser der Mitella kein besonderer Verband erforderlich ist. Bei Schussfracturen des Vorderarmes und der Hand liegt der Arm am besten auf einer Armlade, wie man sie jedoch aus jedem Brettchen oder Pappstückchen mit einer Mitella extemporiren kann. Bei leichten Verletzungen des Thorax, bei denen die Respiration nicht erschwert ist, kann man den Patienten mit einer feuch-

ten Compresse fortschicken. Ganz anders verhält es sich aber bei eindringenden Brustwunden, wenn dieselben ihre gefährliche Ausdehnung von vorn herein durch bedenkliche Symptome zu erkennen geben. Ich kann es mir nicht versagen, hier eine Stelle aus dem vortrefflichen Hennen aufzunehmen, welche eben so anschaulich als eindringlich ein Bild von dem entwirft, wie man solchen Patienten schon auf dem Schlachtfelde beizustehen habe. (confr. Hennen: Principles of military Surgery, third edition pag. 376.):

„An welchem Theile des Thorax auch eine Kugel, ein Bajonnet oder ein Säbel getroffen haben mag, unser erstes Bestreben muss es sein, die Quantität des circulirenden Blutes zu vermindern, von dem ein so grosser Theil durch die Eingeweide des Thorax strömt. Davon hängt die Exsitenz des Patienten ab und wir können nicht a priori die Gränzen der Quantität bestimmen, in welcher dies geschehen soll, oder die Intervalle, in denen wir zur Ader zu lassen haben. Unser Verfahren muss von dem Erfolge abhängen. Da liegt nun ein Mann mit einer Brustwunde, das Blut dringt aus der äusseren Oeffnung in einem beständigen, wenngleich langsamen, hellen Strome. Bei seinen häufigen und schmerzhaften Anstrengungen zum Husten, wirft er schaumiges arterielles Blut aus, welches zuweilen mit Klumpen vermischt ist. Sein Athmen ist fast bis zur Erstickung erschwert, sein Puls ist schnell, schwach und zitternd. Seine Augen dringen aus ihren Höhlen, seine Nasenlöcher werden bei der angestrengten Inspiration ausgedehnt, seine Extremitäten sind kalt und werden oft in fruchtloser Angst umhergeworfen.

Dieses unglückliche Geschöpf muss ganz gewiss sterben, wenn ihm nicht schnell chirurgische Hülfe geleistet wird. In einem solchen Falle muss Folgendes geschehen:

Ohne nach Kugeln oder Knochenfragmenten zu suchen, ohne zu versuchen, den genauen Verlauf der Bajonnet- oder Lanzenwunde zu erforschen, oder (wie ich dies zuweilen gesehen habe von jungen Herren, die eben von ihren Studien kamen) sich auszulassen über bestimmte Gefässe oder ihre Aeste, welche verletzt sein könnten, lasse man den Mann sich ruhig hinlegen und entziehe ihm 30—40 Unzen Blut durch eine grosse Oeffnung am Arme. Wenn dies geschehen ist, entferne man die Kleidungsstücke oder das Taschentuch, welche in der Eile zur Stillung der Blutung benutzt sein mögen. Ist er während der Aderlässe ohnmächtig geworden, oder finden wir ihn schon in diesem Zustande bei unserer Ankunft, so sollte man, anstatt ihm Herzstärkungen zu reichen, den Finger in die Wunde stecken, und Alles ausziehen, was man erreichen kann, mögen es nun Tuch, Kugeln, Eisen, Knochensplitter oder Blutklumpen sein. Ist dazu die Oeffnung nicht gross genug, so muss man keinen Anstand nehmen, sie mässig zu erweitern durch den vorsichtigen Gebrauch des Knopfbistouris; auf diese Weise machen wir Raum für die Entfernung der fremden Körper und können möglicher Weise die blutende Mündung einer Intercostalarterie entdecken, welche zuweilen verletzt ist, aber gar nicht so oft, wie speculative Schriftsteller uns glauben machen möchten. Jetzt geht man zum Verbande der Wunde über. Bei Schusswunden genügt ein leichter, milder Verband, bei Stichwunden müssen die Wundränder so-

fort vereinigt werden. Diese Behandlung verhütet am besten das Emphysem, fernere Blutung oder Eiteransammlung. Ich erinnere mich kaum eines Falles, wo es nöthig gewesen wäre, die Heftpflasterstreifen, oder bei Schusswunden, den gewöhnlichen Verband, wieder abzunehmen. Alsdann lässt man den Patienten so ruhig wie möglich liegen, an dem kühlsten und luftigsten Platze einer Scheune, Kirche oder eines Hospitals, den wir finden können. Er wird oft keiner weiteren Kunsthülfe bedürfen, wenn der Fall sehr schlimm ist, so liegt er vielleicht einige Stunden verhältnissmässig ruhig, bis die Gefässe von Neuem ihren Inhalt ausschütten, neuen Auswurf blutigen Schaumes und eine Wiederholung aller Symptome herannahender Erstickung herbeiführen. Dann muss man wieder zur Lancette greifen, und wenn bei diesem Verfahren, welches so oft wiederholt wird, wie die Umstände es erfordern, der Patient die ersten 12 Stunden überlebt, so kann man Hoffnung hegen, dass er die unmittelbaren Folgen der Blutung überwinden werde. In der Nachbehandlung einer solchen Wunde kann die Hülfe von Arzneien von grossem Nutzen sein, aber bis die unmittelbare Todesgefahr von innerer Blutung vorüber ist, darf man nicht daran denken, etwas anderes anzuwenden, ausser Blutentziehungen mit der Lancette. Diese, und nur diese, kann das Leben des Verwundeten retten."

Bei Verletzungen des Unterleibes, mit Vorfall der Därme, dürfen die letzteren nur dann reponirt werden, wenn sie unverletzt sind, denn ein verletzter Darm erlaubt noch mehr Hoffnung zur Wiederherstellung, wenn er ausserhalb, als wenn er innerhalb der Bauchhöhle

liegt. Bei Schusswunden ist es nun gerade gewöhnlich die von der Kugel verletzte Darmpartie, welche von den Bauchmuskeln hervorgedrängt wird, wie ich dies mehrfach gesehen habe, während ich nie eine unverletzte Darmpartie durch eine Oeffnung der Bauchwandungen habe vortreten sehen. Man hüte sich deshalb den Sanitätssoldaten die Reposition von Darmvorfällen bei Schusswunden zu erlauben. Ganz anders ist es bei Stichwunden, bei denen unverletzte Netz- und Darmpartien vorfallen können, deren schnelle Reposition im hohen Grade wünschenswerth ist. Aber auch diese Reposition muss von einem Arzte geschehen, da sie denn doch mitunter ihre beträchtlichen Schwierigkeiten hat und eine Dilatation der Wunde dabei nöthig sein kann, welche mit dem geknöpften Bistouri auf der Spitze des linken Zeigefingers ausgeführt werden muss. Ich habe einmal nach der Schlacht von Idstedt Gelegenheit gehabt vor der Reposition die Darmnath anzuwenden bei einer aus einer Bauchwunde hervorgetretenen, von der Kugel durchbohrten, Darmschlinge, wobei ich mich nach Abtragung der gequetschten Wundränder mit der Scheere, ganz feiner Knopfnäthe bediente, die ich durch sämmtliche Häute des Darmes durchführte, in der Absicht, den Austritt der Darmcontenta zu verhüten, indess vermuthlich waren noch andere Löcher im Darme vorhanden, denn schon am folgenden Tage war der Patient todt. Baudens will mit dem Finger in die Bauchhöhle eingehen und den verwundeten Darm, welcher sich strickartig zusammenziehen soll, hervorziehen und nähen. Er hat dies in einem Falle gethan, es blieb indess doch ein Loch unberücksichtigt und der Kranke starb.

Dr. Beck in seinem Werke über Schusswunden macht mir Seite 216 einen Vorwurf daraus, dass ich bei einem Falle in Freiburg, wo eine durch 9 Löcher verletzte Darmschlinge vorgetreten war, nicht das vorliegende Stück weggeschnitten und die zurückbleibenden Enden in der Wunde befestigt habe. Nach Versuchen an Thieren, welche er in der illustrirten medicinischen Zeitung mitgetheilt hat, ist er jetzt von solchen Zumuthungen zurückgekommen, und räth zu demselben Verfahren, welches ich damals einhielt. Bei diesen Fällen von vorliegenden schwer verletzten Darmpartien, beruht die schwache Hoffnung auf vorläufiger Bildung einer Kothfistel. Bei Verletzung des Darmes innerhalb der Bauchhöhle ist noch weniger zu hoffen, weil hier der Darminhalt sich in die Bauchhöhle ergiessen kann, wobei die Kranken meistens durch Reizung der Eingeweide schnell zu Grunde gehen. Auf chirurgischem Wege ist hier wohl keine Hülfe zu schaffen, vielleicht gelänge es in einzelnen Fällen, auf ähnliche Weise zu helfen, wie bei spontanen Darmperforationen durch den frühzeitigen Gebrauch des Opiums, welches unzweifelhaft die peristaltischen Bewegungen vermindert, wenn auch nicht bei Thieren, denen man den Bauch aufgeschnitten hat, wie dies Prof. Bardeleben anführt, um damit den Nutzen des Opiums bei Darmperforationen in Zweifel zu ziehen. Begreiflicher Weise müsste schon auf dem Schlachtfelde die erste Dosis Opium gegeben werden. In meinen beiden schleswig-holsteinischen Feldzügen kamen sechs Personen durch, an deren Behandlung ich Theil nahm, bei denen Baucheingeweide verletzt waren, ein Verwundeter leerte am dritten Tage eine

Kugel mit dem Stuhlgange aus. Zwei andere hatten Monate lang Austritt von Fäcalstoffen aus der am Rücken befindlichen Ausgangsöffnung einer vorn eingedrungenen Schusswunde. Bei dem vierten war die Gallenblase verletzt, und gleich anfangs und noch wochenlang floss Galle in grosser Menge aus. Hier wirkten grosse Dosen Opium ausserordentlich günstig. Der königl. preussische Generalarzt Dr. Klatten zeigte mir in Veile einen ähnlichen Fall. Bei einem fünften, den Dr. Göze in der deutschen Klinik beschrieben hat und einem sechsten ähnlichen, waren Lunge und Leber zugleich verletzt, wo mit dem Secret der Pleura aus der am Rücken befindlichen Ausgangsöffnung zugleich Galle ausfloss. Einen Fall habe ich früher erzählt, wo der untere Theil des Brustkastens, die Milz, die Niere und das Colon durchbohrt war, und doch das Leben noch fünf Wochen fortbestand.

Vermuthlich sind die Verletzungen des Dickdarmes bei dessen geringerer Beweglichkeit weniger gefährlich, wie die des Dünndarmes, der den Peritonäalsack leichter mit seinem Inhalte überschwemmen kann.

Nicht jede Bauchwunde, welche in ihrem weiteren Verlaufe Koth austreten lässt, beweist eine primäre Zerreissung des Darmes, die nur dann sicher anzunehmen ist, wenn sogleich Koth austritt. Der Darm kann von der Kugel gequetscht sein, in der Umgegend der gequetschten Stelle bilden sich Adhäsionen und erst nachher stirbt das gequetschte Darmstück brandig ab oder ulcerirt, wie dies ja so oft mit glücklichem Ausgange nach verspäteten Bruchoperationen geschieht, wenn man sich in Acht nimmt, Abführungsmittel zu geben.

Vorliegende Darmpartien, welche man nicht zurückbringen darf, muss man mit einem geölten feinen Läppchen bedecken. Auch hier muss man Opium geben, um das Vordringen neuer Darmpartien zu verhindern. Bei Verletzungen der Blase kann das Einlegen eines elastischen Katheters schon auf dem Schlachtfelde nöthig sein, um das Austreten des Harns in die Bauchhöhle zu verhindern.

Nächst den penetrirenden Brustwunden sind es besonders die Schussfracturen des Oberschenkels, welche die grösste Sorgfalt schon auf dem Schlachtfelde erheischen, wenn man Leben und Glied erhalten will. Dazu gehört vor allen Dingen ein sorgfältiger Verband und dann ein guter Transport; wo möglich sollte man zur Anlegung des Verbandes den Zeitpunct benutzen, wo die Muskeln des verletzten Gliedes sich noch nicht von ihrer Erschütterung erholt haben, oder vorher Chloroform anwenden. Man bringt das Glied in Extension, bedeckt die Wunde mit der feuchten Compresse und Krankenleder, wickelt den Unterschenkel so sorgfältig wie möglich ein, lässt aber die Einwickelung am Kniegelenke aufhören und legt dann auf die vordere und hintere Seite eine gepolsterte Pappschiene, welche man mit schmalen Bändern befestigt, deren Schleife vorn zu liegen kommt, damit man sie erforderlichen Falles leicht lösen kann. An die innere und an die äussere Seite kommen lange hölzerne Schienen, welche mit langen Spreusäcken gepolstert sind. Die äussere Schiene muss vom Becken bis unter die Fusssohle hinunter gehen, die innere vom Damme aus eben dahin. Beide werden durch breitere Bänder zusammen befe-

stigt. Das auf diese Weise verbundene Glied muss dann für den Transport noch sorgfältig mit Strohladen oder Spreukissen unterstützt werden.

Die Schussfracturen des Unterschenkels lassen sich viel leichter als die des Oberschenkels transportfähig machen, und man kann sich dazu der verschiedensten Verbände, z. B. von dicken Strohladen, Blech- oder Holzschienen mit Zwischenlage von Spreusäcken bedienen. Am besten liegt das zerschmetterte Bein zwischen Spreusäcken in einer Heister'schen Lade von einfacherer Construction, der die Füsse fehlen, welche beim Transporte hinderlich sind. Auch bei diesen Schussfracturen verzichtet man am besten auf die Einwickelung des verletzten Gliedes, welche ohne Noth die grössten Gefahren beim Schwellen des Gliedes veranlasst und die Besichtigung des verletzten Theiles hindert. Bei Verletzung des Fusses lagert man denselben, nach Bedeckung mit feuchten Compressen, auf einem grösseren Spreusacke, der durch einige Bänder passend befestigt wird.

Behandlung der Verwundeten im Lazarethe.

Bei der Vertheilung der Verwundeten in den verschiedenen Localitäten, müssen folgende Grundsätze beobachtet werden:

Diejenigen, welche ihrem Ende nicht mehr fern sind, sollten von den übrigen so viel wie möglich getrennt und in den unteren Stockwerken untergebracht werden.

Schwerverwundete dürfen nicht in grösserer Zahl zusammen liegen, es ist deshalb im Allgemeinen nicht zweckmässig, besondere Lazarethe für Schwerverwundete zu bestimmen, sondern diese sollten unter den Leichtverwundeten liegen. Wenn die Umstände es erfordern, die Schwerverwundeten in einem, dem Schlachtfelde näher liegenden Gebäude unterzubringen, weil die grösseren Lazarethanstalten zu weit entfernt sind, so muss für die Schwerverwundeten sehr viel Raum gerechnet werden, und Localitäten, welche einen Wechsel der zu benutzenden Räume gestatten. Ein einziger, wenn auch noch so grosser Raum, wird durch Schwerverwundete leicht pyämisch inficirt und es gehen da-

durch die Vortheile verloren, welche die grössere Nähe des Kampfplatzes sonst gewährte. Verwundete derselben Art, z. B. Kopfverletzte oder Amputirte dürfen nicht in einem Locale vereinigt werden, weil der tödtliche Ausgang des einen Falles die übrigen Patienten zu sehr beunruhigt.

Wenn es sich um Erhaltung der Salubrität eines Lazarethes handelt, so sei man nicht gar zu ängstlich in dem Weitertransporte Verwundeter. Wind und Wetter sind nicht so gefährlich für die Weiterreisenden als pyämisches Miasma für die Zurückbleibenden. Am ersten Tage der Verwundung können viele noch transportirt werden, die man nachher in mehreren Wochen nicht ohne grossen Schaden weiter befördern kann.

Sobald den Verwundeten ihre Plätze angewiesen sind, beginnt für die Lazarethärzte das wichtige Geschäft, die erforderlichen Diagnosen zu stellen, und diejenigen Operationen zu unternehmen, welche sogleich vorgenommen werden müssen, namentlich die Amputationen, in zweiter Linie, Resectionen. Sobald die erste Diagnose dieser Art gestellt ist, müssen die Operationen ihren Anfang nehmen. Es ist deshalb erforderlich, dass die Zahl der Aerzte gross genug sei, damit einige mit der Stellung der Diagnose fortfahren können, während die anderen bereits operiren. Bei einer grossen Zahl von Verwundeten ist diese Massregel von grösster Wichtigkeit, um schon in den ersten 24 Stunden die grösseren Operationen ausführen zu können.

Während des Stellens der Diagnosen, deren Hauptresultat sogleich an der Kopftafel bemerkt wird, werden

die nöthigen Anordnungen in Betreff der Lagerung der verwundeten Theile gegeben und ausgeführt, wobei die Vortheile eines einfachen Verfahrens so in die Augen springen, dass es unglaublich erscheint, dass dasselbe wieder aufgegeben werden könne, wenn es einmal eingeführt worden ist. Die Lagerung eines verwundeten Gliedes auf einem Spreusacke und die Bedeckung der Wunde mit einer nassen Compresse, sind denn wohl das Einfachste, was überhaupt geschehen kann. Nächst den zu Operirenden verdienen diejenigen in den ersten 24 Stunden die grösste Aufmerksamkeit, welche penetrirende Wunden der Brust haben, weil diese bei erneuerten dyspnoischen Anfällen venäsecirt werden müssen.

Am folgenden Tage ist die Geschicklichkeit des Arztes im Untersuchen zu loben, welcher keinen Fall übersehen hat, der sogleich hätte amputirt werden müssen, ein Fall, der indess erst dann einzutreten pflegt, wenn der Krieg länger gedauert hat und die Aerzte erst mehr durchdrungen sind von der Gefahr jeglichen Verzuges. Gelenkresectionen können mit geringerem Nachtheile für die Kranken verschoben werden, geben aber doch ein bei weitem günstigeres Resultat, sowohl in Hinsicht auf die Mortalität, als auch in Hinsicht auf die Brauchbarkeit des Gliedes, wenn sie in den ersten 24 Stunden gemacht werden. Dr. H. Schwartz's Rathschlägen, (vide dessen Beiträge zur Lehre von den Schusswunden, pag. 220.) bei Mangel an Zeit zuerst die das Gelenk öffnenden Incisionen zu machen, und erst am folgenden Tage die Resection zu vollenden, muss ich auf das Entschiedenste widersprechen. Es

hat immer eine übele Wirkung, wenn man eine frische Wunde am folgenden Tage wieder beunruhigt. Dies weiss man zur Genüge aus solchen Fällen, wo auf Amputationen Nachblutungen eintraten, welche eine Wiedereröffnung des Stumpfes nothwendig zu machen schienen. Wie mancher Amputirte ist darüber schon zu Grunde gegangen. Bei der Resection ist ausserdem das Schwierigste geschehen, wenn die Gelenkbänder durchschnitten sind. Auch hat Dr. Schwartz, so gut wie ich, Gelenkresectionen bei Licht gemacht.

In den ersten drei Tagen ist der geeignete Zeitpunct, in welchem die allgemeinen Blutentziehungen vorgenommen werden müssen, wenn sie in der That grossen Nutzen gewähren sollen, wie dies auch Guthrie und andere erfahrene Militairärzte ganz bestimmt angeben. Dieser Rathschlag gründet sich auf die bei inneren wie bei äusseren Entzündungen leicht zu machende Erfahrung, dass allgemeine Blutentziehungen am besten wirken, wenn sie im Stadium der entzündlichen Hyperämie vorgenommen werden, ehe die Cardinalsymptome der Entzündung vollständig entwickelt sind, d. h. ehe die Stase in den Capillargefässen sich sehr ausgebreitet hat, und bedeutende serös blutige Infiltrationen entstanden sind.

Der Nutzen der allgemeinen Blutentziehung gründet sich nicht bloss auf die Verminderung der Blutmasse, sondern vorzüglich auch auf die dadurch bewirkte Contraction der Gewebe. Aus dieser Ansicht von dem Nutzen der Aderlässe ergiebt es sich hinreichend, warum dieselbe von geringerem Nutzen ist, wenn der entzün-

dete Theil mit Exsudaten bereits durchsetzt ist und die Gewebe durch Entzündung die Fähigkeit, sich zusammenzuziehen, verloren haben.

Nach eingetretener Eiterung, welche bei Schusswunden anfangs immer fauliger Natur ist, bedingt durch das Absterben der gequetschten Gewebe, werden allgemeine Blutentziehungen dadurch bedenklich, dass sie den Uebergang putrider Stoffe in das Blut begünstigen.

Allgemeine Blutentziehungen, welche in den ersten drei Tagen versäumt wurden, sind deshalb durch spätere Aderlässe nicht wieder gut zu machen. Dagegen können in wichtigen Fällen, wie bei Kopf- und Brustverletzten, allgemeine Blutentziehungen über einen weiten Zeitpunct ausgedehnt werden, wenn gleich anfangs der Hyperämie durch einige Aderlässe Schranken gesetzt wurde. Diejenigen, welche erst allgemeine Blutentziehungen anwenden wollen, wenn die Entzündung bereits ihre volle Höhe erreicht hat, werden bei Schusswunden dieselben als wirkungslos bald ganz bei Seite lassen. John Hunter hat den Satz ausgesprochen, dass die allgemeinen Blutentziehungen bei Verletzungen der Extremitäten nachtheilig wären. Aus einer langen Erfahrung bei complicirten Fracturen, kann ich das Irrige dieser Ansicht auf das Bestimmteste behaupten, und bin fest überzeugt, dass derselben manches Glied und Leben zum Opfer geworden ist, während ich selbst in der Civilpraxis nie ein Glied amputirt habe, bei dem ich gleich anfangs die Erhaltung für möglich hielt, und dass mir, wohl hie und da an Trismus, nie aber ein Kranker an den örtlichen Folgen solcher Fracturen gestorben ist. Wer dasselbe aus seiner Praxis behaupten

kann, der möge aufstehen und die allgemeinen Blutentziehungen in diesen Fällen verwerfen.

Nach dem vorhin Erwähnten ist es begreiflich, dass bei Verletzung der Extremitäten, die allgemeinen Blutentziehungen auf einen viel kleineren Zeitraum beschränkt werden müssen, als bei Kopf- und Brustwunden. Die Verletzungen der Extremitäten, bei denen das Glied erhalten werden kann, sind verhältnissmässig viel ausgedehntere Wunden, als die heilbaren Kopf- und Brustwunden. Eiterungsprocesse, welche bei Kopf- und Brustwunden tödten müssen, haben an den Extremitäten nicht einmal eine besondere Gefahr.

Wunden der Extremitäten sind der Luft zugänglicher und neigen deshalb mehr zur Eiterbildung. Ausserdem erneuern sich bei Schussfracturen alle ungünstigen Eindrücke, wenn die Fragmente beunruhigt werden, nachdem man kurz vorher mit Erfolg die entzündlichen Erscheinungen bekämpft hatte. In diesen Verhältnissen mögen die Unterschiede beruhen, welche in Betreff der Wirkung allgemeiner Blutentziehung bei Schusswunden der Cavitäten und der Extremitäten Statt finden. Dazu kommt noch, dass wir seit Jahrhunderten bereits in den Einschnitten der Extremitäten ein wichtiges Mittel besitzen, um der entzündlichen Anschwellung in allen ihren Stadien kräftig entgegen zu treten. Dieses vortreffliche Mittel wirkt durch locale Blutentziehung, Aufhebung der Spannung und durch Entfernung der Exsudate. Seine Wirksamkeit ist am grössten im Stadio der serös entzündlichen Exsudation. Im Vergleiche zu den Extremitäten ist ihre Wirkung an den übrigen Körpertheilen theils gleich Null, z. B. bei Brust-,

Bauch- und Beckenverletzungen, theils von geringerer Tragweite, wie am Kopfe. Man lasse daher sowohl die allgemeinen Blutentziehungen, als auch die örtlichen ungestört in ihrem althergebrachten Rechte. Lancette und Bistouri werden dann in der Hand des erfahrenen Arztes sehr wohlthätige Werkzeuge sein. Wer sich allein auf Incisionen verlässt, wird wenig ausrichten bei Verletzungen des Kopfes, Halses und Rumpfes, und wer nur die Lancette zu gebrauchen versteht, wird sie bei Verletzungen der Extremitäten nicht ausreichend finden.

Zu antiphlogistischen Einschnitten wird man am meisten vom dritten oder vierten Tage an Gelegenheit finden.

In der neueren Zeit ist jedoch in die Reihe der Mittel gegen Entzündung eins getreten, welches in vielen Fällen die Blutentziehung theils zu beschränken, theils unnöthig zu machen im Stande ist, ich meine das Eis! Schmucker's unsterbliches Verdienst war es, die kalten Umschläge bei Kopfverletzungen an die Stelle der warmen und weinigen gesetzt zu haben. Es dauert indess sehr lange, ehe diese bei den Kopfverletzten als wirksam anerkannte Heilmethode, auch bei anderen Verletzungen allgemeinen Eingang findet, und so weit wie möglich vervollkommnet wird. Diese Vervollkommnung ist nur dadurch möglich, dass man an die Stelle der, ihre Temperatur stets wechselnden, Umschläge, Irrigationen oder Eisbeutel setzt. Irrigationen sind ein vortreffliches Mittel, sehr leicht auszuführen, aber eigentlich nur bei der oberen Extremität bis zum Ellenbogengelenk einschliesslich und bei der unteren Extremität bis zum Kniegelenke ausschliesslich, anwendbar. Irrigation macht

man auf die Art, dass man das Glied auf einem grossen Wachstuche lagert, welches so geordnet ist, dass das Wasser nach einer Richtung in ein unterstehendes Gefäss fliessen kann. In die Nähe des Bettes, auf einem erhöheten Platze, stellt man ein kleines mit Wasser gefülltes Fass, dessen Hahn nur so weit geöffnet ist, dass das Wasser tropfenweise hervordringt und in eine Rinne fällt, die man von Schilf oder einem Hollunderstocke selbst fabriciren kann. Viel bequemer als eine solche Rinne ist ein elastischer Heber, welcher an einer Seite ein Bleigewicht zum Versenken in dem Wassergefäss, an der anderen Seite einen ganz kleinen Hahn hat, den man bequem nach jedem Puncte hinleiten kann. Der verwundete Theil wird mit einer einfachen Compresse bedeckt, auf den höchsten Punct des Theiles leitet man das Wasser entweder direct aus dem elastischen Heber, oder wenn man diesen nicht hat, an einem Faden von der Rinne aus. Man hüte sich wohl, das Wasser tropfenweis auf einen entblössten Theil fallen zu lassen, weil dies leicht reizend wirkt.

Viel allgemeiner anwendbar als die Irrigation sind Eisbeutel. Erst mit Hülfe der Beutel von vulkanisirtem Kautschuk erhalten die Eiskuren den Grad von Sauberkeit, welcher ihrer allgemeinen Anwendung überall Eingang zu verschaffen vermag, da dieselben weder Wasser durchlassen, noch verderben und übelriechend werden. Sie sind so dauerhaft, dass ihr hoher Preis gar nicht in Betracht kommt, und sie dadurch doch noch wohlfeiler sind, als Blasen. Ich habe mich vergebens bemüht, den Thierblasen durch Firnissen u. dgl. grössere Dauerhaftigkeit zu verleihen. In der Anwen-

dung der Eisbeutel muss man sich einige Mühe geben, damit sie nicht empfindliche Theile drücken und erfrieren machen. Sie dürfen nicht unmittelbar auf der Haut liegen, sondern immer auf einer zwischenliegenden Compresse. Sie müssen theilweise suspendirt sein, und manchmal darf nur das in dem Beutel enthaltene Wasser auf dem Theile ruhen. Wenn die Patienten erst eben angekommen sind und frösteln, muss man mit den Eisumschlägen warten, bis sie wieder recht warm geworden sind. In der Periode der beginnenden Eiterung muss man manchmal aussetzen, oder die Wirkung mässigen bis auch hier die Neigung zum Frösteln vorüber ist. Nachher kann man oft ungestört Wochen, ja Monate lang damit fortfahren, wenn nicht irgend eine Indisposition, ein Gastricismus, Katarrh, vorhanden ist, der gegen Kälte etwas empfindlicher macht. Es ist gerade das Vorzügliche beim Gebrauche der Eisbeutel, dass man dabei den übrigen Körper Stunden lang ungestört bedeckt lassen kann, was bei den gewöhnlichen kalten Umschlägen nicht angeht. Es möge sich deshalb auch Niemand einbilden, mit den kalten Umschlägen auch nur annähernd ähnliche Resultate erzielen zu wollen, wie mit Eisbeuteln. Eine ganz unglückliche Idee ist es, der längeren Anwendung der Kälte deshalb zu entsagen, weil dabei keine schöne Eiterung entsteht. Nur an der Heilung, nicht an einer guten Eiterung ist dem Kranken gelegen. Ich habe noch in diesen Tagen eine complicirte Fractur des Unterschenkels, mit Splitterung der Tibia dicht unter dem Kniegelenke, durch den Hufschlag eines Pferdes hervorgebracht, heilen sehen, wobei kein Tropfen guten Eiters sichtbar war, aber der

Kranke sich fortwährend ausgezeichnet wohl befand. Ich habe die Wirkung der Eisumschläge auch bei solchen Processen geprüft, bei denen die Anwendung der Kälte nicht nothwendig war, z. B. bei heissen Abscessen, und dabei die erfreuliche Beobachtung gemacht, dass der Aufbruch derselben dadurch nicht verzögert wird, und dass die Heilung rasch von Statten geht. Die Neubildung von Geweben findet also auch bei so niederen Temperaturen Statt, wie sie unter den Eisbeuteln vorkommt, so gut wie die Beine der Eskimo's vegetiren, die noch geringeren Temperaturen unterworfen werden. Ich würde den Gebrauch der Kälte noch über die Blutentziehungen in Bezug auf ihre therapeutische Dignität setzen, wenn das Eis überall zu Gebote stände. Mit der Zeit wird es darin besser werden, man wird Eiskeller überall anlegen, wo Pulvermagazine sind, und wird das Eis den kämpfenden Heeren eben so gut nachführen wie die Munition. In dem neuen Medicinalgesetze des Herzogthums Holstein ist allen Apothekern die Anlegung eines Eiskellers zur Pflicht gemacht worden.

Jeder erfahrene Militairarzt wird zur Bekämpfung der primären entzündlichen Reaction am meisten Gewicht auf die allgemeinen Blutentziehungen und die Kälte legen, die Blutegel, welche im Kriege selten in hinreichender Zahl zu haben sind, sich für einige specielle Fälle reserviren und die Einschnitte als das wichtigste Mittel zur Bekämpfung bedeutender secundärer Anschwellung betrachten. Indess sollte man die Hülfe der Apotheke nicht ganz verschmähen, auch deutsche Aerzte denken jetzt nur selten daran, kühlende Arzneien, wie Nitrum,

Potio Riverii, und ähnliche zu verabreichen, deren Gebrauch doch eben so rationell, als durch die Erfahrung erprobt ist; das Nitrum bei guter Verdauung, die Potio Riverii bei gastrischer Complication. Das einzige Hinderniss für die Anwendung solcher Mittel im Felde liegt wohl nur in dem Mangel an Zeit und Vertrauen, nicht in der Unwirksamkeit derselben. Das einzige Mittel, dessen sich unsere jungen Aerzte im Felde gern bedienten, war das Morphium, welches auch von mir sehr hoch geschätzt wird als ein vortreffliches Antiphlogisticum, das jedoch vor dem Eintritte einer lebhafteren entzündlichen Reaction schon angewendet werden muss. Will man Wirkung davon sehen, so muss man wenigstens $^1/_2$ Gran täglich geben. Während der heftigsten entzündlichen Reaction muss dessen Gebrauch cessiren, ebenso bei gastrischer Complication und überall wo es die Zunge trocken macht und den Kopf erhitzt. Ein treffliches Antiphlogisticum, gegen welches eigentlich gar keine Contraindicationen zu bestehen pflegen, ist das frische Wasser, und dieses in Verbindung mit Säuren, besonders der Phosphorsäure, zu ℥jj täglich gereicht, die ich schon seit Jahren Schwerverwundeten und Operirten mit Himbeersyrup zum Getränk zu verordnen pflege, und den vegetabilischen Säuren vorziehe, die gar zu leicht den Magen verderben, wie ich dies auch in meinen Feldzügen gesehen habe, wo die Vorräthe von Fruchtsäften übermässig waren.

Dass man für öfteren Stuhlgang bei Verwundeten zu sorgen habe, versteht sich von selbst, Bittersalz, Latwerge und Ricinusöl müssen viel gebraucht werden.

Der regelmässige Gebrauch salinischer Abführungsmittel ist aber nur bei Kopfverletzten indicirt, und in vielen Fällen ist es besser, dass der Verwundete einmal 4—5 Tage keinen Stuhlgang hat, als dass er durch denselben beunruhigt werde, besonders bei Verletzungen der unteren Extremitäten. Die von den englischen Aerzten auch bei Verwundeten zur Antiphlogose benutzten Antimonialien werden von uns Deutschen zu sehr vernachlässigt, obgleich wir fast alle von dem grossen Nutzen des Brechweinsteins bei der Pneumonie und den rheumatischen Entzündungen überzeugt sind.

Während bei manchen Schwerverletzten die Anwendung der Kälte Wochen lang dauern muss, kann man am vierten oder fünften Tage bei vielen Leichtverwundeten von den kalten zu den warmen Umschlägen übergehen, wie dies am besten dadurch geschieht, dass man zuerst die kalten Umschläge seltener erneuert, und dann Umschläge von warmem Wasser folgen lässt. Wie der vortreffliche Riegler bemerkt, können $^9/_{10}$ aller Cataplasmen durch Fomentationen von warmem Wasser ersetzt werden. Für die Feldpraxis ist diese Vereinfachung von hohem Werthe, da Cataplasmen weder leicht zu beschaffen sind, noch so reinlich, wie die Applicationen von warmem Wasser, die man nach Umständen oft genug erneuern kann, wobei dann jedes Mal die Wundsecrete fortgeschafft werden, ehe sie Zeit haben übelriechend zu werden. Man reservire die Cataplasmen für schmerzhafte Wunden, besonders an Händen und Füssen und für einzelne Comminutivbrüche von Knochen, welche dicht unter der Haut liegen, wo sie

sehr wohlthätig wirken. Cataplasmen und Fomentationen müssen mit Krankenleder bedeckt werden. Am fünften oder sechsten Tage kann man bereits die nun durch Eiterung abgelösten Bruchsplitter oberflächlich liegender Knochen, z. B. die des Unterkiefers, grösstentheils extrahiren, bei tieferliegenden Knochen muss man sich nicht übereilen und überall so lange warten, bis durch Abschwellen der Wunde das Eingehen mit dem Finger erleichtert worden ist. Während der Periode der stärksten Eiterung kann man nicht genug Sorge verwenden auf die Reinheit und Erneuerung der Luft. Charpie und Verbandstücke, welche mit Wundsecret beschmutzt sind, müssen in Kübeln, die mit einem Deckel versehen sind, gesammelt, sofort entfernt, und für Ventilation gesorgt werden. Anfängern ist es zu empfehlen, Nachts mitunter die Säle der Verwundeten zu besuchen, um sich zu überzeugen, wie nothwendig es ist, dass auch Nachts die Ventilation fortdaure, und dass man gelegentlich einen Fensterflügel ganz auszuheben habe, um dies zu erzwingen. Gegen Ende der ersten und zu Anfang der zweiten Woche muss die Wachsamkeit der Wärter und Wache habenden Aerzte geschärft werden, weil alsdann die secundären Blutungen durch Ablösung der Brandschorfe zu besorgen sind. Alles zu Unterbindungen erforderliche Material muss bei der Hand sein, und in einzelnen Fällen ist es unumgänglich nothwendig einen Wärter fortwährend am Bette des Kranken wachen zu lassen, um nöthigenfalls zu comprimiren und Hülfe zu rufen. Dies gilt besonders von solchen, welche bereits auf dem Schlachtfelde oder später stark geblutet haben. Dass man bei solchen Patienten keine

warme Umschläge anzuwenden habe, verstände sich eigentlich wohl von selbst, und doch habe ich oft dagegen sündigen sehen.

Von den lauwarmen Umschlägen kann man, wenn dies zur grösseren Bequemlichkeit des Kranken dienen sollte, nach völligem Abschwellen des Theiles zu Oel- und Charpieverbänden übergehen. Es werden kleine Leinwandläppchen in ein Schälchen mit Oel gelegt und mit diesen die Wunde bedeckt, darüber Charpie, Compresse, Krankenleder und Binde. Diese Verbandmethode hat deshalb einen Vortheil vor der älteren, wobei man glatte Charpie mit Salbe bestrich und mit Heftpflaster befestigte, weil sie nicht das Entweichen des Eiters hindert, sondern mehr ein Ventil darstellt, welches den Eiter heraus, nicht aber die Luft hinein lässt. Auf diese Art wird die so mühsam zu bereitende glatte Charpie ganz überflüssig, das Wenige, was man davon einmal nöthig hat, kann man sich aus der krausen Charpie herausziehen. Dagegen kann man merkwürdiger Weise aus der glatten Charpie keine krause machen. Ausser zu ihren Plumaceaux, die wir jetzt durch Kuchen von krauser Charpie ersetzen, bedienten sich die älteren Wundärzte der glatten Charpie vorzüglich zur Anfertigung der Wieken, die sie auch in die Schusscanäle brachten, um dieselben bis zur Ausleerung von fremden Körpern und nekrotischen Knochensplittern offen zu erhalten. Ihre Geduld war dabei mitunter bewunderungswürdig, da namentlich nekrotische Knochenstücke oft erst nach Jahresfrist sich ablösen, aber der Vortheil für den Kranken war wohl weniger als zwei-

felhaft, denn die Wieken unterhalten eine fortwährende Reizung, und wenn man endlich den Sequester ausziehen will, muss man doch noch mit dem Messer dilatiren, und hätte dem Patienten unendlich viele Schmerzen ersparen können, weil Wunden, in denen nekrotische Splitter zurückgehalten sind, entweder gar nicht zuheilen, oder wenn dies geschehen sein sollte, gelegentlich wieder aufbrechen. Die endliche Lösung des Sequesters giebt sich durch das leichte Bluten der Granulationen zu erkennen. Dies macht bei genauer Beobachtung alles Sondiren aufs Gerathewohl überflüssig.

Man hüte sich bei Schusswunden frühzeitig von solchen Mitteln Gebrauch zu machen, welche die Vernarbung befördern sollen. Sie dürfen erst angewendet werden, wenn der Schusscanal grösstentheils zugeheilt ist. Das beste hierher gehörige Mittel ist die Höllensteinsolution, vier bis acht Gran auf die Unze, mit kleinen Läppchen aufgelegt und mit Krankenleder überdeckt. Diese Anwendung des Höllensteins in Auflösung hat vor dem Gebrauche des Höllensteinstifts den Vorzug, dass sie keinen Brandschorf erzeugt, also die Wunde keinen Augenblick verunreinigt. Man hüte sich wohl aus übertriebenen Vorstellungen von der Wirkung der Höllensteinsolution, dieselbe in Schusscanäle einzuspritzen. Wenn diese nicht spontan zuheilen wollen, so sind Hindernisse vorhanden, welche die Höllensteinsolution zu überwinden unfähig ist. Dagegen ist bei indolenten Schusscanälen, aber auch nur bei diesen, das Ausspritzen mit Hülfe eines Irrigators von grossem Nutzen. Dr. Esmarch hat zu diesem Zwecke eine

sehr einfache Vorrichtung erfunden, welche viel bequemer ist, als die französischen Patent-Irrigatoren. Sie besteht aus einem halbcylindrischen Reservoir, an dessen Boden ein Schlauch von vulkanisirtem Kautschuk befestigt ist, der in ein knöchernes, mit einem Hahn versehenes, Mundstück ausläuft. Wenn der Arzt oder ein Krankenwärter das Reservoir hoch hält, so bekömmt man einen Wasserstrahl, mit dem man Alles ausrichten kann, was man sonst mit so viel grösserer Mühe und Unbequemlichkeit für den Kranken mit der Wundspritze bewirkt. Uebrigens muss ich davor warnen, solche Einspritzungen bei Wunden zu machen, die sich noch nicht abgekapselt haben, wo man Gefahr läuft, die Flüssigkeit in die aufgelockerten Gewebe zu treiben.

Wo man davon Gebrauch machen kann, sollte man nicht versäumen, locale oder allgemeine Bäder anzuwenden, um die Reinigung und Heilung der Schusswunden zu begünstigen. Je unbedeutender die Wunde ist, desto früher können sie angewendet werden, je bedeutender, desto später. Bei den Localbädern hüte man sich, den Theil in eine zu abhängige Lage zu bringen, und setze deshalb die kleine Badewanne in das Bett des Kranken.

Im Allgemeinen ist man der Ansicht, dass nur warme allgemeine Bäder die Vernarbung der Schusswunden begünstigten, wie denn auch ihr Nutzen gar nicht zu bezweifeln ist. Während meines Aufenthaltes in Kiel habe ich mich jedoch überzeugt, dass auch die kalten Seebäder sehr wirksam sind, um die zögernde Heilung älterer Schusscanäle und die Ablösung der

Knochensplitter zu beschleunigen, so wie die Muskeln wieder zu beleben, welche durch lange Ruhe steif geworden sind. Die alsdann eintretenden activen Bewegungen, verbunden mit passiven, dienen am besten dazu, falsche Anchylosen und Contracturen zu beseitigen, welche nach Schusswunden so oft zurückbleiben.

Es wäre sehr interessant, zu wissen, ob nicht die Bäder im mittelländischen Meere, wo ein längeres Verweilen im Wasser möglich ist, noch wirksamer wären, als die von mir schon sehr nützlich befundenen Bäder in der Ostsee, deren Dauer sich nur auf einige Minuten erstreckte. Der östreichische Kaiserstaat würde am besten im Stande sein, diese Frage zu erledigen.

Wenn nach Heilung des Schusscanales, oder bei blossen Hautverletzungen die Wunde sich in ein Geschwür verwandelt, so ist gewöhnlich die Callosität der Ränder Schuld daran, und der rothe Präcipität in Pulver- oder Salbenform das souveraine Mittel.

Von bedeutendem Nutzen zur Beförderung der Vernarbung ist in dem geeigneten Zeitpuncte, wo die Abnahme der Eiterung und beginnende Vernarbung uns anzeigt, dass eine Erneuerung entzündlicher Vorgänge nicht wahrscheinlich ist, die Einwickelung des verletzten Gliedes. Man macht sie anfangs mit einer Flanell- später mit einer Callicobinde und sorgt durch ein Oelventil und krause Charpie dafür, dass der Eiter nicht in der Wunde zurückgehalten werde.

Trockene Verbände müssen bei Schusswunden bis zur vollständigen Vernarbung durchaus vermieden werden.

Unter denen, welche am längsten ihrer vollständigen Genesung entgegen harren müssen, sind zu nennen die an complicirten Brustwunden Leidenden, und die mit Schussfracturen Behafteten. Alle diese Reconvalescenten müssen, sobald es die Umstände gestatten, in Locale verlegt werden, wo sie mit Leichtigkeit die frische Luft geniessen können. Die Brustleidenden müssen Milch und Molkenkuren gebrauchen, wobei sie besser gedeihen, als bei kräftiger Nahrung. Bei den mit Schussfracturen Behafteten handelt es sich oft um die Abstossung von nekrotischen Splittern, deren Extraction, selbst wenn sie gelöst sind, namentlich am Femur, grosse Schwierigkeiten haben kann. Vor allen Dingen muss man dahin trachten, die Lebensgefahr zu beseitigen, welche solche Zustände, namentlich am Femur, selbst nach Monate langer Dauer, mit sich führen können, so dass selbst dann noch die Amputation in Frage kommt. Das erste und wichtigste Mittel ist auch für diese Patienten eine Luftveränderung. Eine eigene Station für solche Patienten, welche ich 1850 in Jevenstedt, einem Dorfe, $^1/_2$ Stunde von Rendsburg entfernt, errichten liess, hat sich von ausserordentlichem Nutzen gezeigt. Dagegen ist durchaus nicht zu rathen, solche Patienten quartierkrank behandeln zu lassen, wenn eine patriotische Bevölkerung sie einzeln aufzunehmen wünscht, wie dies in den Herzogthümern öfter in grossem Massstabe angeboten wurde, was ich jedoch immer ablehnte, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die Patienten in wenigen Tagen alle schlimmer werden, was zum Theil in der Unbehülflichkeit der Patienten und ihrer Wärter, zum Theil in der unzweckmässigen Nahrung

liegt. Der Laie glaubt gewöhnlich, dass Bier und Wein die besten Stärkungsmittel seien, während der Wein doch vollständig zu entbehren ist bei Verwundeten, die früher nicht daran gewöhnt waren, dagegen ein gutes Bier ein vortreffliches Roborans abgiebt. Erst wenn die Luftveränderung den Zustand des Verwundeten nicht verbessert, was sich sehr bald zeigt, kann die Frage erwogen werden, ob das Leben nur durch eine Operation erhalten werden kann.

Eine weniger bekannte Ursache verspäteter und schwieriger Sequesterablösung ist eine chronische Ostitis, welche theils in dem ursprünglichen, theils in dem neugebildeten Knochen ihren Sitz hat, und den Grund legt zu Schmerzen, Fieberbewegungen, fortdaurender Eiterung, und stets wachsender Callusproduction. Nach der Analogie anderer Knochenentzündungen, habe ich gegen diese Zustände mit vorzüglichem Erfolge das Jodkalium angewendet, und die Kranken theils von ihren Schmerzen befreiet, theils die Sequester zugänglicher gemacht. Grössere Operationen zur Entfernung tiefsitzender Sequester müssen erst dann vorgenommen werden, wenn der Patient von den vorhergegangenen Leiden sich vollkommen erholt hat. Die Hauptaufgabe dabei bleibt immer, dass man sich zunächst über den Sitz und die Grösse der Sequester hinreichenden Aufschluss verschafft, dann aber muss man sie nach denselben Regeln und mit derselben Kühnheit extrahiren, wie dies auch bei den spontanen Nekrosen des Femur nothwendig ist. Zu solchen Operationen greife man aber erst dann, wenn man seines Erfolges im Voraus gewiss ist. Die-

selben Grundsätze gelten in Betreff von zurückgebliebenen Kugeln, zu deren Entfernung erst dann Operationen von einigem Belange unternommen werden dürfen, wenn das Leben des Verwundeten ausser aller Gefahr ist, welche durch die Gegenwart einer Kugel in einer Extremität wohl nur sehr selten bedingt sein kann, deren Entfernung also auch das Leben nicht zu retten vermag.

Hofbuchdruckerei der Gebr. Jänecke zu Hannover.

Maximen

der

Kriegsheilkunst.

Von

Dr. L. Stromeyer,

Königl. Hannoverschem Generalstabsarzte, Ritter des Königl. Preussischen rothen Adlerordens vierter Classe und des Königl. Sächsischen Civil-Verdienstordens, Mitgliede der Kaiserl. Russischen Academie der Medicin zu St. Petersburg und der Königl. Belgischen Academie zu Brüssel etc.

Zweite Abtheilung.

Hannover.

Hahn'sche Hofbuchhandlung.

1855.

ILITARY & NAVAL MEDICINE, Tents:
19 cent

LM. C (2)

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

305969

Verletzungen der einzelnen Theile.

Kopfverletzungen.

Die in unsern Feldzügen vorkommenden Kopfverletzungen waren fast alle durch Projectile hervorgebracht worden; Säbelhiebe kamen nur selten vor, weil die Cavallerie des coupirten Terrains wegen nicht passend verwendet werden konnte. Eben so selten waren die zufälligen Kopfverletzungen durch Fallen auf den Kopf, durch Schläge mit einem Flintenkolben oder Knüppel, ähnlich denen, wie sie im gewöhnlichen Leben vorkommen. Dieser Umstand machte es leicht, die den Schusswunden des Schädels eigenthümlichen Zufälle aufzufassen; wenn man, wie ich, Jahre lang nur die gewöhnlichen Kopfverletzungen gesehen hat, denkt man unwillkührlich, sie müssten alle die, bei gewöhnlichen Kopfverletzungen vorkommenden, Erscheinungen in erhöhtem Grade darbieten und ist erstaunt, dies nicht zu finden. Der wesentliche Unterschied beruht in der Geringfügigkeit der Erschütterungszufälle bei Kopfschüssen im Vergleich zu anderen Kopfverletzungen und in dem vermuthlich davon abhängenden mehr localen Verlaufe der Reactionserscheinungen. Es möchte fast unmöglich

sein, diese letzte Behauptung statistisch zu beweisen, denn die wenigsten leichteren Kopfverletzungen im gewöhnlichen Leben kommen gleich anfangs in ärztliche Behandlung, wogegen die bei Gefechten Verwundeten sogleich in die Lazarethe kommen, also mehr Beachtung finden. Aber nicht zu übersehen ist doch eine Erfahrung wie die meinige dass, unter mehreren Hunderten leichter Kopfverletzungen durch Kugeln, nur einmal solche insidiöse Entzündungszufälle auftraten, wie sie nach anderen Kopfverletzungen doch nicht selten sind. Man kann dagegen nicht einwenden, die frühzeitige Aufnahme in einem Lazarethe schütze gegen diese schlimmen Zufälle, denn sehr Viele von den leicht am Kopfe Getroffenen meldeten sich gar nicht krank, oder verliessen nach einigen Tagen schon wieder die Lazarethe, ohne dass mir ein einziger Fall vorgekommen wäre, wo dies schlimme Folgen gehabt hätte. Man braucht nur die Beobachtungen von Pott zu lesen, um sich zu überzeugen, dass ein kurzer Aufenthalt in einem Lazarethe nicht hinreicht, um gegen die üblen Folgen einer mit heftiger Erschütterung verbundenen Kopfverletzung ohne Wunde und Knochenbruch zu schützen. Diese heftigen Erschütterungszufälle nach Gewaltthätigkeiten durch stumpfe Körper, welche mit geringerer Schnelligkeit bewegt werden, als die der Kugel, fehlen bei den gewöhnlichen Kopfschüssen durch Flintenkugeln. Nach dem, was ich schon früher über die Wirkung der Kugeln bemerkte, kann dies nicht auffallend erscheinen. Wenn die Bewegung der Kugel so rasch ist, dass sich der gegebene Impuls nicht weit über die getroffene Stelle verbreiten kann, so müssen die auf einer Actio

in distans beruhenden Zufälle der Erschütterung fehlen oder nur in geringem Grade vorhanden sein. So verhält es sich bei den Schusswunden des Kopfes; die Erschütterungszufälle sind dabei eben so vorübergehend, wie bei den von einer Kugel getroffenen Gliedmassen. Der Getroffene sinkt zu Boden, kommt aber sehr bald wieder zu sich; wenn er später wieder bewustlos wird, so sind es nicht die Zufälle der Erschütterung, welche daran Antheil hätten, wie dies gar nicht selten bei Leuten der Fall ist, die mit einem Knüppel verwundet wurden. Lässt man diesen zu früh oder zu stark zur Ader, so stellen sich leicht die anfänglichen Erschütterungszufälle wieder ein.

Aus der geringen Bedeutung der Erschütterungszufälle bei Kopfschüssen erklärt sich der Umstand, dass unter den Militairärzten selbst geistvolle und aufmerksame Beobachter, wie John Hennen, diesem Gegenstande nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet haben und die Unterscheidung der Erschütterung für unpractisch halten, während kein Civilarzt die Wichtigkeit derselben im Mindesten bezweifeln wird: Guthrie, der sein Buch über Kopfverletzungen erst dann schrieb, nachdem er auf seine militairische Carriere eine bedeutende Civilpraxis hatte folgen lassen, urtheilt schon ganz anders wie Hennen. Die Gefährlichkeit der Kopfschüsse beruht deshalb nicht in ihren entfernteren Wirkungen, sondern in der Läsion der getroffenen Stelle. Selbst nach ausgedehnten Zerschmetterungen der Schädelknochen und des Gehirns durch Kardätschenkugeln und Bombenstücke ist Herzthätigkeit und Respiration oft nicht beeinträchtigt und bei Rückkehr des Bewusst-

seins fehlt das Erbrechen. Uebrigens sind mir keine Verletzungen der Art bei Lebenden vorgekommen, wobei der Umfang der zerschmetterten Schädelpartie mehr als 3—4 Quadratzoll betrug; alle andern sind ohne Zweifel todt auf dem Schlachtfelde liegen geblieben. Dass es auch bei Kopfschüssen Ausnahmen giebt, in denen die Zufälle der Erschütterung deutlich genug vorhanden sind, ist begreiflich.

Grosse Zerschmetterungen des Schädels mit Zerreissung des Gehirns durch grobes Geschütz, enden so bald tödtlich, dass sie wenig Gelegenheit zu practischen und physiologischen Bemerkungen darbieten, besonders weil die Aufmerksamkeit der Aerzte die ersten Tage nach einer Schlacht zu sehr durch andere Fälle in Anspruch genommen wird. Die Blutung aus der Wunde ist dabei oft bedeutend, vorzüglich wenn die Verwundeten weit transportirt wurden, Gehirnmasse dringt gleichzeitig hervor, man sollte glauben, der Tod müsse in der nächsten Stunde erfolgen und doch dauert das Leben im bewusstlosen, nicht immer mit Lähmung einzelner Glieder verbundenen Zustande, oft noch einige Tage fort.

Dagegen sind die Kopfverletzungen durch Flintenschüsse wegen ihrer Häufigkeit und wegen des heilsamen Einflusses einer zweckmässigen Behandlung wohl geeignet, die grösste Aufmerksamkeit zu erregen. Spitzkugeln und runde Kugeln machen im Wesentlichen dieselben Verletzungen, indess lässt sich am Kopfe besser als an anderen Körperstellen errathen, von welcher die Wunde herrühre, wenigstens wenn der Schädel selbst verletzt oder das Pericranium abgestreift ist, erscheint

nicht selten die längliche Form der Spitzkugel in der Form der Wunde wieder.

Die Verletzungen am Kopfe, mit Ausschluss des Gesichts, welche Flintenkugeln erzeugen, sind etwa folgende:

1) Die Kugel geht durch den Kopf.
2) Sie dringt bis in das Gehirn.
3) Sie bleibt in der Schädelwunde stecken.
4) Sie theilt sich in der Schädelwunde.
5) Sie zerbricht beide Tafeln der Hirnschale.
6) Sie zerbricht die innere Tafel, die äussere nicht.
7) Sie zerreisst die Galea und contundirt das Pericranium und Cranium.
8) Sie zerreisst die Galea und streift das Pericranium ab.
9) Sie ritzt nur die Haut.
10) Sie wird abgelenkt, ohne eine andere Verletzung hervorzubringen, als eine leichte Contusion der Haut.

1) Die Kugel geht durch den Kopf.

In unsern Lazarethen sind mir gar keine Lebende vorgekommen, bei denen eine Kugel den Kopf in einem seiner grösseren Durchmesser durchdrungen hatte, sondern nur solche, bei denen dieselbe durch ein Segment des Schädels gegangen war. Die ersteren waren mitunter noch lebend auf den Wagen geladen worden, aber bei den weiten Transporten, welche unsere Verwundeten fast immer zu erleiden hatten, unterwegs gestorben. Ohne Zweifel ist das Rütteln eines Wagens das beste Mittel, solche Unglückliche schnell aus der Welt zu schaffen. Diese Bemerkung ist deshalb practisch wichtig,

weil dieselbe Schädlichkeit, welche bei der höchsten Gefahr einen schnellen Tod bringt, auch bei geringeren Anlässen höchst nachtheilig auf den Verlauf einwirken muss.

Die Kugel schleudert die Fragmente der Eingangsöffnung in das Gehirn, zahlreiche Spalten gehen gewöhnlich von beiden Schädelöffnungen nach verschiedenen Seiten. Selbst bei diesen furchtbaren Wunden bleibt die Herzthätigkeit nur kurze Zeit geschwächt, der Puls wird wieder voll und hart, Blutergüsse vermischen sich mit der zerquetschten Hirnmasse und Hirn und Blut fliessen nicht selten gleichzeitig aus den Wunden, wenn dieselben hinreichend klaffen.

Je kürzer das Segment ist, welches die Kugel durchdrungen hat, je weiter entfernt von der Basis, desto länger kann das Leben fortbestehen und Wochen, selbst Monate lang, dauern. Doch starben alle von mir Beobachteten, indem der Schusscanal selbst oder die zunächst liegende Hirnpartie abscedirte.

Am 6. April erhielt der hannoversche Soldat B. eine Kugel in die linke Schläfe, welche das Stirnbein oben über seiner Verbindung mit der Ala magna und dem Seitenwandbeine durchdringend, die Lamina cribrosa und die Ala parva dextra zerschlug und durch die rechte Orbita wieder austrat. Aus der Eingangsöffnung floss anfangs Hirn, aus der Ausgangsöffnung hing die hervorgeschleuderte Thränendrüse. Transport von vier Meilen. Erschütterungszufälle waren nicht vorhanden, der blödsinnige Patient war aber blind und taub. Er konnte alle seine Glieder bewegen und brüllte oder schrie Tag und Nacht zwei Monate lang, mitunter schien

es, als ob er Licht bemerke. Er ass mit grosser Gier alles, was man ihm in den Mund steckte. Die Wunden heilten zu; erst kurz vor seinem am 5. Juni erfolgten Tode hörte das Schreien auf. Der ganze innere Schusscanal hatte sich in einen Abscess verwandelt.

2) Die Kugel dringt bis in das Gehirn.

Nicht jedesmal ist eine Kugel in das Gehirn eingedrungen, wenn eine klaffende Schädelwunde vorhanden ist und der Finger oder die Sonde ungehindert bis zu einer beträchtlichen Tiefe in das Gehirn eindringen kann. Die Kugel zerschmetterte die getroffene Schädelstelle, sprengte die Fragmente tief in das Gehirn hinein, fiel aber ausserhalb des Schädels zu Boden, weil ihre Kraft erschöpft war, ehe sie bis über ihre Mitte eingedrungen war. Dieser Fall ist mir mehrere Male vorgekommen, man erwartete bei der Section eine Kugel im Gehirn zu finden und fand sie nicht! Wenn unter solchen Umständen Heilung erfolgte, wie die Schriften der Militairärzte Beispiele aufführen, so glaubt man, eine Kugel sei eingeheilt. Es sind deshalb, nach meiner Meinung, nur solche Fälle dahin zu rechnen, in denen nach später erfolgtem Tode die Kugel bei der Section angetroffen wurde.

Die Erscheinungen bei diesen Verletzungen sind verschieden, je nachdem die Kugel nach ihrem Eindringen in die Schädelhöhle noch grosse Verwüstungen im Gehirne anrichtete oder bald erschöpft in der Hirnmasse stecken blieb. Im letzteren Falle können die Zufälle anfangs verhältnissmässig unbedeutend sein.

Am 10. September 1850 wurde ein dänischer Sol-

dat nach Rendsburg gebracht, dem eine Kugel nahe an der Lambdanath in das Seitenwandbein eingedrungen war. Alle Fragmente der grossen Schädelwunde, welche dem Zeigefinger sehr leichten Eingang gestattet hätte, waren in die Gehirnmasse getrieben. Erbrechen und andere Erscheinungen einer andauernden Hirnerschütterung waren nicht zugegen gewesen. Der Patient sah und hörte, war bei vollem Bewusstsein, konnte jedes Glied bewegen, war aber stumm. Wenn man sich nicht mit ihm beschäftigte, lag er still ohne viel zu schlafen. Bei einer antiphlogistischen Behandlung dauerte dieser Zustand zehn Tage lang. Ein grosser Theil der Knochensplitter war nun durch die Bewegungen des Hirns der Wunde im Schädel genähert worden, so dass dieselben ohne Anwendung von Kraft mit der Pincette entfernt werden konnten. Es trat danach grosse Unruhe ein und am folgenden Tage der Tod. Die Kugel war bis zum vorderen linken Hirnlappen gedrungen. Die Hirnsubstanz am Schusscanal oberflächlich faulig zersetzt und übrigens entzündlich erweicht, das Hirn überhaupt hyperämisch.

Der vielbetrauerte Hauptmann v. D. erhielt am 23. Mai 1849 früh Morgens eine wohlgezielte Büchsenkugel, welche durch den ledernen Schild seiner Mütze in die linke Schläfe eingedrungen war. Man hob den Bewusstlosen auf einen Wagen, um ihn nach einem, eine halbe Stunde entfernten, Hause zu bringen. Kaum hatte sich der Wagen in Bewegung gesetzt, so entstanden sehr heftige klonische Krämpfe aller Glieder. Nachdem man den Verwundeten zurecht gelegt hatte, wurde noch einmal derselbe Versuch, ihn zu Wagen zu transportiren,

gemacht, mit demselben Erfolge. Er wurde nun auf eine Bahre gelegt und darauf ohne neue Krämpfe transportirt. Am Nachmittage sah ich ihn. Die Kugel war links $1^1/_4$ Zoll über dem Processus zygomaticus in das Stirnbein eingedrungen. An der entgegengesetzten Seite, nur etwas näher dem Processus zygomaticus, fühlte man unter den etwas teigig angeschwollenen Bedeckungen, ein crepitirendes Knochenstück von bedeutendem Umfange. Die Augenlider waren bis zum Platzen mit extravasirtem Blute angefüllt, eine Erscheinung die sich gleich nach der Verletzung ausgebildet hatte, also auf Zertrümmerung der Orbita schliessen liess. Brechen und andere Erschütterungszufälle waren nicht zugegen. Lähmung der Glieder war nicht vorhanden, das Gehör vollkommen, so wie das Bewusstsein keinesweges aufgehoben. Der Verwundete that alles, was man von ihm verlangte; als man ihm gesagt hatte, es sollte ihm ein Aderlass gemacht werden, zog er selbst seinen Rock aus und half später beim Anziehen. Eine Venäsection von 8 Unzen vertrug er ohne bemerkliches Sinken des Pulses. Später nahm er selbst noch öfter das Nachtgeschirr, um seinen Urin zu entleeren, und hielt das Glas beim Trinken. Mitunter ging aber der Urin unwillkührlich ab. Die bemerkenswertheste Erscheinung aber war der Umstand, dass er die Gewalt über seine Sprachwerkzeuge verloren hatte. Ungeachtet der zahlreichen Beweise des vorhandenen Bewusstseins, gab er nie auch nur die geringste Antwort auf die an ihn gestellten Fragen, wenn er auch sonst deutlich genug zu erkennen gab, dass er sie verstehe. Dagegen hörte man von Zeit zu Zeit den

unwillkührlichen Schmerzensausdruck von ihm: „Ach Gott ja!“ Der Zusammenhang seiner Denkorgane mit den Nerven der Sprachwerkzeuge war also unterbrochen, es erfolgten in diesen nur unwillkührliche Thätigkeitsanstrengungen durch den in Norddeutschland Vielen zur Gewohnheit gewordenen Schmerzensausruf.

In diesem Falle würde es nicht unmöglich, ja vielleicht nicht schwer gewesen sein, die Kugel herauszubefördern, nicht durch die enge Eingangsöffnung, sondern an der entgegengesetzten Seite, wo sie ein grosses Knochenstück losgeschlagen hatte. Dieses hätte man nur blosszulegen und wegzunehmen nöthig gehabt, um zur Kugel zu gelangen, welche möglicher Weise dicht dahinter liegen konnte. Ich hielt dies indess nicht für räthlich; es heisst die Chirurgie prostituiren, wenn man in solchen hoffnungslosen Fällen Operationen unternimmt. Die vorderen Hirnlappen mussten zermalmt, die oberen Orbitalwände zertrümmert sein. Die Ausziehung der Kugel konnte den Tod nur beschleunigen durch Beförderung der Zersetzung der gequetschten Hirnsubstanz mittelst des Luftzutrittes. Der Tod erfolgte am 26. Mai. Bei der Section fand sich, dass von der Eingangswunde im Schädel Risse nach drei Seiten ausstrahlten, dass ein kleines Stück der Kugel sich am Schädel abgestreift hatte. Gegen $1^1/_2$ Zoll von der Substanz der vorderen Lappen beider Hemisphären war durch die Kugel und Knochenscherben zertrümmert und bildeten, mit halbgeronnenem Blute gemischt, einen Brei. Die Kugel selbst, eine unregelmässig gewordene Büchsenkugel, lag auf dem Siebbein. Vermuthlich hatten ihre Bewegungen bei dem Transport zu Wagen die

Krämpfe veranlasst. Der Durchmesser des von der rechten Seite von innen losgeschlagenen Stücks vom Stirnbein, von welchem ebenfalls mehrere Fissuren ausgingen, und der Ala magna betrug $1^1/_2$ Zoll, so dass die Extraction der Kugel durch diese Oeffnung möglich gewesen wäre. Bei der ganz veränderten Form derselben wäre aber doch ihre sichere Auffindung nicht so leicht gewesen. Wir machten diesen Versuch vor der Aufsägung des Schädels, gaben ihn jedoch wieder auf, weil er nicht gleich gelang und wir die Theile nicht aus ihrer ursprünglichen Lage bringen wollten. Die Ausziehung der Kugel unter solchen Umständen kann wohl jedenfalls keinen wesentlichen Nutzen darbieten, weil unzählige kleine Knochensplitter, welche in der Hirnmasse vergraben sind, doch nicht gleichzeitig entfernt werden können.

Die ausgedehnteste Verletzung des Gehirns ohne schnellen Tod und mit theilweiser Erhaltung des Bewusstseins kam bei dem Soldaten C. M. vor, welcher am 4. April 1849 einen Schuss in die Stirn erhielt, als er, bei einem plötzlichen Ueberfalle von Seiten des Feindes, bewaffnet die Haustreppe hinunterlief. Er behauptete steif und fest, er sei auf der Treppe gefallen und habe sich einen Splitter in die Stirn gestossen. Gehirnmasse drang aus der Wunde, in welche die Sonde sechs Zoll tief eindrang. Puls und Temperatur waren natürlich, er bewegte alle Glieder automatisch und griff oft nach der Wunde. Auf Fragen antwortete er oft ganz richtig, mitunter wieder nicht, bei längerem Fragen schlief er scheinbar ein. Sein Alter konnte man ihm nicht abfragen. Er wurde allmählich immer schlaf-

süchtiger und starb am 16. April. Die Kugel war über dem rechten Arcus supraorbitalis eingedrungen und lag innerhalb der Dura mater auf der rechten Seite der Linea cruciata transversa des Hinterhaupts. Der Schusscanal des Hirns war mit Knochensplittern, Hirnbrei, Blut und Eiter gefüllt. Unter diesen Splittern befand sich noch die abgerissene Ala parva ossis sphenoidei. Von der Stirnbeinwunde gingen zwei Fissuren durch die Basis cranii.

Fälle, wie die obigen, habe ich mehrere gesehen, aber keinen, in welchem das Leben erhalten worden wäre. Dazu gehören wohl zunächst einige Tausende von Kopfverletzten, wie sie in grossen Kriegen vorkommen, um einmal auf einen Fall zu stossen, der alle günstigen Bedingungen in sich vereint, vielleicht auch die Aerzte zu finden, welche das Aderlassen nicht scheuen, wie unsere jungen deutschen Aesculape es jetzt thun. Indess fand auch Thomson unter den bei Waterloo Verwundeten keinen, der eine Verwundung ähnlicher Art überlebt hätte, so wenig wie die der vorigen Gattung.

3) Die Kugel bleibt in der Schädelwunde stecken.

Der Unterschied dieser Art von Verletzung von der vorhergehenden ist nicht so bedeutend, als man vermuthen könnte. Wenn auch die Kugel hier entfernt werden kann, so ist dies ein sehr geringer Vortheil, da die Fragmente des Schädelstückes, an dessen Stelle sie getreten ist, die Dura mater gewöhnlich durchbohrt haben und in die Hirnmasse hineingetrieben worden sind. Dies

geschieht wenigstens sicher, wenn die Kugel im rechten Winkel traf. Trifft sie mehr im stumpfen Winkel, so kann die innere Tafel in grösserem Umfange abgetrennt und niedergedrückt sein, ohne die Dura mater bedeutend verletzt zu haben. Bei einem solchen Treffen im stumpfen Winkel ereignet es sich nicht selten, dass die Kugel von dem scharfen Rande des zerbrochenen Schädels zerschnitten wird.

Am 6. April 1849 kam ein Tags vorher verwundeter Soldat nach Flensburg, welcher ein Schreiben seines Bataillonsarztes mitbrachte, in welchem dieser mittheilte, dass die Kugel in der Schädelwunde stecke, dass er indess nicht für rathsam gehalten habe, auf dem Schlachtfelde den Versuch zu machen, dieselbe auszuziehen. Da die an der Sutura squamosa befindliche Knochenwunde ganz offen dalag, so konnte eine Täuschung nicht obgewaltet haben. Von der Kugel war aber nichts mehr zu sehen, im Gegentheile war die Schädelwunde so durch die sternförmigen Fragmente geschlossen, dass man es kaum für möglich hielt, dass die Kugel früher darin gesessen habe. Der Patient hatte seine volle Besinnung und den Gebrauch seiner Glieder. Es wurde beschlossen, die losen Fragmente wegzunehmen. Ein paar Athemzüge von Chloroformdunst brachten eine sehr sanfte Anästhesie hervor. Die sternförmigen Fragmente der äusseren Tafel liessen sich mit Hülfe des Myrthenblattes und der Pincette wegnehmen, da sie nur lose anhingen. Die viel kleineren Fragmente der innern Tafel wurden dann vorsichtig entfernt, indem zuerst der Zeigefinger eingeführt wurde, um ihre Lage genau zu ermitteln. Diese Ausziehung

der inneren Fragmente führte immer tiefer in die Hirnmasse und es ergab sich, dass die Länge des Zeigefingers nicht hinreichte, um den vorhandenen Canal von Knochenscherben vollständig zu säubern. Die weitere Extraction von Splittern musste deshalb aufgegeben werden. Alle anwesenden Aerzte waren erstaunt darüber, dass ein Mensch, der bei vollem Bewusstsein in das Operationszimmer gegangen war und dessen äusserlich sichtbare Schädelverletzung einen Sternbruch ohne wesentliche Verletzung der Dura mater erwarten liess, eine so tief eindringende Hirnverletzung haben könne, hervorgebracht durch die nach innen geschleuderten Fragmente der innern Tafel. Der Tod erfolgte am 10. April. Der untere Theil der rechten Hemisphäre war in grossem Umfange zermalmt und mit kleinen Knochenfragmenten durchsetzt.

Dieser Fall, von dem ich Zeuge war, machte auf mich einen tiefen Eindruck, er liess mich ahnen, welch eine Thorheit es sein müsse, der Luft den Zugang zu diesen ausgedehnten Wundcanälen des Hirns zu bahnen; sei es durch Trepanation oder durch frühzeitige Extraction der Splitter.

Scheinbares Wohlbefinden bei ausgedehnter Schädel- und Hirnverletzung. Der Soldat B. erhielt am 13. April 1849 einen Kopfschuss, den er selbst für sehr unbedeutend hielt. Vielleicht hatte dies den behandelnden Arzt, der übrigens ein geschickter Mann war, abgehalten, die Wunde genauer zu untersuchen. Der Patient stand ganz munter neben seinem Bette, als er mir am 15. April mit den Worten vorgestellt wurde: „ein unbedeutender Streifschuss“! Es

war ein sorgfältiger Verband angelegt, dessen Entfernung ich nicht verlangte, weil ich natürlich nicht jeden Streifschuss untersuchen konnte. In der folgenden Nacht traten Kopfschmerz und Betäubung ein, welche eine genaue Untersuchung veranlassten und zu der unerwarteten Entdeckung führten, dass die Kugel in der Wunde des rechten Seitenwandbeins eingekeilt sei. Prof. Langenbeck, der damals in Flensburg anwesend war, zog die Kugel mit dem Tirefond heraus, resecirte die scharfen Knochenränder mit der Stichsäge und zog die losen Splitter heraus, welche zum Theil tief in das Gehirn eingedrungen waren. Es trat nicht die mindeste Abnahme des soporösen Zustandes ein und nach 24 Stunden erfolgte der Tod.

4) Die Kugel hat sich in der Schädelwunde zerschnitten.

Der Soldat K. erhielt am 25. Juli 1850 bei Idstedt einen Schuss in das linke Seitenwandbein, der ihn nur augenblicklich betäubte und in den ersten Tagen keine Zufälle hervorbrachte. Am 28sten wurde der Generalarzt Dr. Niese ersucht, den jetzt betäubten Verwundeten zu untersuchen. Er entdeckte alsbald die eine Hälfte der Kugel unter der Galea, einen Zoll von der nur kleinen Eingangsöffnung. Dies veranlasste ihn, die Wunde zu erweitern, wobei ein Loch im Seitenwandbeine zum Vorschein kam. Die andere Hälfte steckte nach hinten nahe unter dem scharfen Rande der Schädelöffnung, welcher die Kugel zerschnitten hatte, war aber so fest eingekeilt, dass sie nicht auszuziehen war. Dr. Niese setzte eine Trepankrone gerade über der

Kugelhälfte auf und entfernte diese nach Durchsägung beider Tafeln. Die Operation hatte keinen augenblicklichen Einfluss auf das Befinden des Kranken, aber unter einer antiphlogistischen Behandlung stellte sich das Bewusstsein zeitweise wieder ein. Der Patient starb am 1. August. Die Dura mater und das Gehirn waren von Knochensplittern zerrissen worden und letzteres war an der gequetschten Stelle in grossem Umfange erweicht und abscedirend.

5) Die Kugel zerbricht beide Tafeln der Hirnschale.

Da Verletzungen dieser Art nicht bloss häufig vorkommen, sondern auch meistens einen glücklichen Ausgang haben, so waren dieselben ein Gegenstand sorgfältiger und fortgesetzter Beobachtung. Die meisten dieser Wunden kamen am Seitenwandbeine vor, dessen Form, wie sie sich den Kugeln darbietet, sowohl wenn das Gesicht dem Feinde zugewendet ist, als auch umgekehrt, das Abspringen der Kugel begünstigt. Von denen, die an der Stirne, den Schläfen und am Hinterhaupte von Kugeln getroffen werden, bleiben vermuthlich die meisten todt auf dem Schlachtfelde, indem die Kugel mehr im rechten Winkel aufschlagend, ihren Lauf nach innen fortsetzt, nachdem sie den Schädel zerbrochen hat. Bei den Fracturen des Stirn-, Schläfen- und Hinterhauptbeins, welche in unsere Behandlung kamen und geheilt wurden, liess es sich aus der Richtung der Wunde deutlich abnehmen, dass sie durch eine Kugel hervorgebracht waren, welche in einem stumpfen Winkel den Schädel getroffen hatte.

Schussfracturen des Schädels, d. h. solche Verletzungen, welche die Continuität beider Tafeln stellenweise aufheben, lassen sich in mehrere Abtheilungen bringen, welche indess jetzt mehr einen diagnostischen als practischen Werth haben.

1) Die Kugel zerbricht die äussere Tafel mit Eindruck und bringt an der inneren bloss Fissuren hervor. Es ist mir kein Fall vorgekommen, wo eine Kugel bloss Fissuren beider Tafeln erzeugt hätte. Die Flintenkugel, wenn ihre Kraft hinreicht, den Schädel zu zerbrechen, wirkt mit zu grosser Gewalt auf eine sehr begränzte Stelle, um nicht auf der äusseren Tafel einen Eindruck zu hinterlassen. Es ist allerdings theoretisch nicht abzustreiten, dass eine Kugel, wenn sie auf einen dünneren Theil des Schädels trifft, oder wenn dieser besonders zerbrechlich ist, blosse Fissuren beider Tafeln erzeugen könne, aber diese kommen nicht zur Beobachtung und sind in therapeutischer Beziehung ganz gleichgültig. Auch bei den im gewöhnlichen Leben vorkommenden Kopfverletzungen würde man weniger von einfachen Fissuren wissen, wenn man ihnen nicht, zum Schaden der Kranken, so eifrig durch Einschneiden nachgespürt hätte.

Es liegt jedoch auf flacher Hand, dass eine kleine Kugel, welche den Schädel durch directe Gewalt zerbricht und zwar gerade da, wo sie trifft, weit leichter einen Eindruck der äusseren Tafel erzeugen müsse, als ein Schlag mit einem Knüppel, oder ein Fall auf den Kopf, wobei ausser der directen Gewaltthätigkeit vorzüglich auch die indirecte in Betracht kommt, welche die Schädelknochen zu biegen trachtet. Die Schnelligkeit der

Kugel ist so gross, dass sich deren Wirkungen nicht weit verbreiten, sondern mehr auf die getroffene Stelle beschränken. Ich brauche hier nur daran zu erinnern, dass ein fester Körper von der Gestalt einer Kugel durch ein sprödes Brett mit Hammerschlägen hindurchgetrieben, dasselbe sprengen würde, während die schnell fliegende Kugel ein Stück herausschlägt, ohne zu splittern.

2) Die Kugel drückt die äussere Tafel in geringem Grade ein und splittert die innere mit Eindruck. Dieser Fall kommt gewiss viel häufiger vor, als man nach den bisherigen Vorstellungen von der Wirkung des Eindruckes glauben möchte. Diese Eindrücke der inneren Tafel, welche meistens etwas weiter gehen, als die äussere Verletzung, werden nur dann entdeckt, wenn man trepanirt oder wenn der Verwundete stirbt, oder man schliesst auf ihre Gegenwart, wenn Zufälle eintreten, welche keineswegs, wie man früher zu allgemein annahm, in ihrem natürlichen Verlaufe liegen, sondern zu ihrem Entstehen begünstigender Momente bedürfen.

3) Die Kugel drückt beide zerbrochenen Tafeln so weit nach innen, dass bei der Untersuchung kein Zweifel darüber Statt finden kann, ob die Schädelhöhle durch die niedergedrückten Knochenstücke verengt sei oder nicht. Fast ohne Ausnahme ist bei diesen Schädeldepressionen die Vertiefung in sofern ungleichmässig, dass sich der tiefste Punct nicht in der Mitte der deprimirten Stelle befindet, sondern an einer Seite. Das ist nicht zu verwundern, da diese Art Verletzungen mehr durch Kugeln erzeugt werden, welche im stumpfen Winkel treffen. Die bei solchen Fällen Statt findenden Läsionen

der Dura mater und des Gehirns lassen sich nur muthmassen aus der Tiefe des Eindruckes und dem weniger günstigen Verlaufe, sicher diagnosticiren kann man sie nur, wenn Gehirn zum Vorschein gekommen ist. In einem Falle dieser Art, durch eine Kartätschenkugel hervorgebracht, fand ich Gehirnsubstanz auf der Achselklappe des Verwundeten. Aus den allgemeinen Erscheinungen lässt sich durchaus kein sicherer Schluss auf die Verletzung des Hirns und seiner Häute machen. Auch die Tiefe des Eindruckes giebt keinen sicheren Anhaltspunct, da die Verletzung der Dura mater bei geringem Eindrucke von einem kleinen scharfen Splitter herrühren kann, der sich über die anderen erhebt, während bei tieferen Eindrücken die Dura mater und das Gehirn unverletzt geblieben sind, weil die Splitter keine dornartig aufgerichtete Spitzen zeigten.

Man sollte glauben, ich hätte hier sehr disparate Fälle unter einander gemischt, Schädelbrüche mit und ohne Eindruck, mit oder ohne Verletzung des Gehirns. Da dieselben jedoch in Bezug auf ihre Erscheinungen, ihren Verlauf und ihre Behandlung in dieselbe Kategorie gehören, so habe ich, im Interesse der Kranken, es gewagt, sie in eine Hauptklasse zusammenzuwerfen.

Die Diagnose einer Schussfractur wird deshalb leichter als die der Schädelbrüche in der Civilpraxis, weil nach meinen Erfahrungen immer eine Wunde der Weichtheile vorhanden ist, welche bei letzteren bekanntlich sehr oft fehlt. Wenn man deshalb die Wunde im frischen Zustande genau betrachtet und befühlt, so kann die Knochenverletzung nicht verborgen bleiben. Diese möge nun so geringfügig sein, wie sie wolle, so muss

sie nichts desto weniger die höchste Aufmerksamkeit der Wundärzte in Anspruch nehmen, weil sie die höhere Gefahr der Verletzung beweist. In so fern ist also die klare Diagnose werthvoll, weil sie den Arzt behutsam machen wird. Da jedoch auch bei nicht verletztem Schädel die Gefahr nicht gering ist und die genauere Diagnose keine Aenderung in der Behandlung herbeiführt, so darf eine Untersuchung der Wunde nicht mehr gestattet werden, sobald sich bereits entzündliche Reaction eingestellt hat. Ich halte den Schaden für unberechenbar, welcher durch das Herumsuchen in entzündeten Kopfwunden entsteht, während der Nutzen einer exacten Diagnose jetzt völlig problematisch erscheint.

Zufälle. Patienten dieser Art sind meistens, aber nicht immer, von der Kugel zu Boden geworfen worden, erholten sich aber bald wieder von ihrer Betäubung, konnten wieder gehen, einen Wagen besteigen, bekamen unterweges wohl etwas Kopfschmerz und Schwindel, der sich aber wieder zu verlieren pflegt, wenn sie zu Ruhe kommen und kalte Umschläge machen. Nur wenige von ihnen hatten beim Erwachen von ihrer Betäubung Erbrechen gehabt, nie war dieses Erbrechen anhaltend. Diejenigen, bei welchen die zerbrochenen Schädelstücke tief eingedrückt sind, behalten einen, mehr oder weniger lebhaften, fixen Schmerz an der verletzten Stelle und sind dem Schwindel und einer leichten Betäubung eher unterworfen, als diejenigen, bei welchen kein Eindruck oder kein tiefer besteht. Alles was die Blutcirculation beschleunigt, Anstrengungen, Aufregungen gemüthlicher oder sinnlicher Natur, vermehrt ihre Neigung zur Eingenommenheit des Kopfes, zum Kopf-

schmerz. Bei leichten Depressionen des Schädels und Fracturen ohne Depression fehlen oft alle Kopferscheinungen, bis die durch ungünstige Umstände hervorgerufene Hirncongestion und Entzündung sie herbeiführt. Bei den von Flintenkugeln hervorgebrachten Schädeldepressionen fehlen in der Regel die Lähmungserscheinungen. Der Patient kann sich aller seiner Glieder bedienen, meistens selbst dann noch, wenn sich congestive oder entzündliche Erscheinungen eingestellt haben. In einzelnen Fällen sind Lähmungen von Anfang an vorhanden und dann immer in gekreuzter Richtung, d. h. an der, der verletzten Stelle entgegengesetzten, Seite; ein paar Finger, eine Hand, ein ganzer Arm, oder ein paar Zehen oder der Fuss, oder eine ganze Unterextremität, oder zugleich eine Ober- und Unterextremität sind mehr oder weniger vollkommen gelähmt. Diese Lähmungen lassen sich in keinen genaueren anatomisch-physiologischen Zusammenhang mit der verletzten Stelle bringen. Ich habe z. B. nach Depression derselben Stelle des Seitenwandbeins in einem Falle eine mehrere Wochen lang anhaltende unvollkommene Lähmung des Daumens und Zeigefingers der Hand an der entgegengesetzten Seite und in dem zweiten eine Lähmung der grossen Zehe beobachtet. Diese Beobachtungen muss der Physiolog, welcher nicht zugleich Arzt ist, von dem Arzte annehmen.

Der Verlauf dieser Fälle ist nach den Umständen und dem Verhalten des Patienten sehr verschieden. Unter günstigen Verhältnissen, und dahin rechne ich eine antiphlogistische Behandlung, Ruhe und reine Luft, sind die Zufälle so gering, dass man höchlichst über-

rascht wird. Es stellen sich keine bedeutende congestive oder entzündliche Erscheinungen ein, die Wunde schwillt nicht stark an, wird nicht sehr schmerzhaft, tritt in gelinde Eiterung. Es lösen sich allmählich bei gelinder Eiterung zunächst die Splitter der äusseren Tafel, welche am tiefsten eingedrückt waren, von denen man wenigstens nach Ablauf der ersten Woche die grösseren Stücke entfernen kann, viel später kommen die Splitter der inneren Tafel zum Vorschein. Diese Splitter-Abstossung ist eine durchaus partielle, an der äusseren Tafel pflegt sie einen grösseren Umfang zu haben, wie an der innern, in dieser beschränkt sie sich auf die am meisten gelockerten unter den am tiefsten niedergedrückten Stücken. Die Spitzen der übrigen in grösserer Verbindung mit dem Schädel und der Dura mater gebliebenen Stücke der inneren Tafel runden sich ab und verschmelzen mit einander durch eine dünne Auflagerung von neugebildetem Knochen. Gegen die Schädelhöhle hin stellt die ihrer Heilung nahe deprimirte Stelle einen kleinen Hügel dar, welcher von den wieder zusammengeheilten Fragmenten gebildet wird, der aber an der Stelle, wo die Depression am tiefsten war, eine Lücke zeigt, welche eine Communication nach aussen offen erhält. Diese Lücke dringt jedoch selten direct nach aussen, es liesse sich die eingedrückte Stelle der inneren Tafel vergleichen mit einem Schilde, an dessen Rande ein Segment fehlt, der jedoch etwas grösser ist, als das Loch in der äusseren Tafel. Eine eingeführte Sonde dringt daher fast nie direct nach der Dura mater, sondern nur in seitlicher Richtung. Ob sich mit der Zeit diese Lücke vollständig schliesst,

wird vermuthlich von ihrem Umfange abhängen. Jedenfalls gewährt die exspectative Localbehandlung deprimirter Schädelstellen den grossen Vortheil, dass das Gehirn dabei seine schützende Knochendecke grösstentheils behält. Ist die Dura mater durch einen Splitter der inneren Tafel angebohrt worden, so sind die Folgen davon bei günstigem Verhalten keinesweges so bedenklich, wie man a priori vermuthen sollte. Es bildet sich nämlich sehr bald eine Adhäsion zwischen dem sogenannten Parietal- und Visceralblatte der Arachnoidea aus, wodurch die verwundete Dura mater mit dem Gehirn in geringem Umfange verwächst. Auf diese Art wird das Cavum der Arachnoida gegen die Atmosphäre vollständig abgeschlossen. Da bei exspectativer Localbehandlung die Lösung der Splitter der inneren Tafel sehr langsam von Statten geht, so sind mittlerweile die Adhäsionen des Gehirns mit der Dura mater fest genug geworden, um nicht durch den gelinden Entzündungsprocess gelockert zu werden.

Der Heilungsprocess in den Kopfbedeckungen geht im Allgemeinen leichter von Statten, als bei den im Frieden vorkommenden Kopfverletzungen, weil sie selten in grossem Umfange durch die Kugel zerstört worden sind.

Die Betrachtung der üblen Zufälle, durch welche die Heilung dieser Art von Kopfverletzungen gestört werden kann, habe ich weiter unten folgen lassen.

6) Die Kugel zerbricht die innere Tafel ohne die äussere zu lädiren.

Dieser Fall, von dem mir nur ein einziges Beispiel

vorgekommen ist, würde vielleicht öfter beobachtet werden, wenn man noch so oft trepanirte wie Pott, oder wenn man ohne Eröffnung des Schädels zu einer sichern Diagnose gelangen könnte. Durch Percussion mit einer silbernen Sonde habe ich in einem Falle, wo nur ein kleiner kaum zu entdeckender Riss durch die äussere Tafel ging, eine innere Absplitterung ihrem Umfange nach sicher diagnosticirt und nach dem an Pyämie erfolgten Tode des Patienten haben sich eine Menge junge Aerzte von der Richtigkeit meiner Angabe überzeugt. Diejenigen unter ihnen, welche ein geübtes Ohr besassen, unterschieden mit abgewandtem Gesichte ganz bestimmt den Ton, welchen die äussere Tafel beim Anschlagen an die Stelle der innern Absplitterung und an andern Schädelstellen gab. Ueber der Stelle der innern Absplitterung ist der Ton etwas höher. Lanfranchi und Ambroise Paré haben, wie ich finde, dieses diagnostische Kennzeichen schon gekannt.

Es ist wunderbar, dass die innere Tafel zerbrochen und ziemlich tief nach innen getrieben werden kann, ohne dass die äussere Tafel auch nur die geringste mit der Loupe erkennbare Verletzung zeigt, wie bei einem meiner Präparate. Indess steht diese Erscheinung doch nicht isolirt da. Die unvollkommenen Knochenbrüche durch Einknicken bilden ein Gegenstück dazu. Offenbar hat die äussere Tafel eine grössere Elasticität und giebt etwas mehr nach als die innere. Von der Elasticität des Schädels überhaupt kann man, wie Hyrtl bemerkt, sich schon einen guten Begriff machen, wenn man einen frischen Schädel auf den Fussboden wirft, er springt dann wieder in die Höhe.

Diese inneren Absplitterungen bleiben wohl in der Regel unerkannt und nach meiner Ueberzeugung zum Glück für die Patienten, da diese alsdann nicht in Gefahr gerathen, trepanirt zu werden. Es liegt keine grosse Präsumtion in der Annahme, dass ihr Verlauf in der Regel glücklich sein werde, wenn der Patient einer hinreichend langen antiphlogistischen Diät unterworfen wird, denn offenbar müssen diese Fälle doch eine geringere Gefahr darbieten, wie die vorhergehenden, in denen der Zutritt der Luft zu den Splittern der innern Tafel Statt findet. Für die älteren Aerzte, welche den Unterschied der subcutanen und der atmosphärischen Wunden nicht kannten, waren die inneren Läsionen bei Kopfverletzten ein fortwährender Gegenstand der Angst. Sie wussten sich nicht zu erklären, was aus den Wundsecreten werden sollte. Wir wissen jetzt, dass bei Abschluss der Atmosphäre und bei geeignetem Verhalten die entzündlichen Exsudate sich auf ein Minimum reduciren, gerade hinreichend, um den Heilungsprocess zu gestatten, aber keinesweges so bedeutend, um einen Abzugscanal nach aussen erforderlich zu machen. Man braucht in der chirurgischen Literatur nicht einmal zehn Jahre zurückzugehen, um sich zu überzeugen, dass eine unbegründete Furcht vor der Unmöglichkeit des Ausfliessens der Wundfeuchtigkeiten, die Indication zum Trepaniren abgab. Die ausführlichen Mittheilungen, welche einer der eifrigsten Verehrer der Trepanation, der zugleich ein vorzüglicher Chirurg und wahrheitsliebender Mann war, ich meine Percival Pott, über die Wirkung der Trepanation gegeben hat, lassen keinen Zweifel darüber, dass der Zutritt der Luft die

Eiterbildung vermehre. Bei den meisten Fällen, in welchen er bei einfachen Contusionen wegen innerer Eiterbildung trepanirte, fand sich nach der ersten Trepanation nur sehr wenig Eiter, gewöhnlich steigerten sich die Zufälle, es wurde dann zum zweiten oder dritten Male trepanirt und erst bei den, der ersten nachfolgenden, Trepanationen, kamen grosse Quantitäten Eiter zum Vorschein. So zog, wie gewöhnlich, ein Fehler den andern nach sich, eine übel angebrachte Trepanation machte die übrigen nöthig.

Die Hauptsymptome, welche zum Trepaniren aufzufordern schienen, waren fast für alle trepanirenden Chirurgen die Betäubung oder die Bewusstlosigkeit des Patienten. In der That gehört eine nicht geringe Festigkeit in der Ansicht von der Bedenklichkeit des Trepanirens dazu, um es mit anzusehen, wenn der Patient nicht bloss Tage, sondern Wochen lang in einem Zustande von grösserer oder geringerer Betäubung und Bewusstlosigkeit daliegt und doch nicht zum Gebrauche des Trepans zu greifen, der doch manchmal augenblicklich das hellste Bewusstsein herbeigeführt hat, wenn es gelang, die niedergedrückten Knochenstücke aufzuheben oder ein Blutextravasat zu entfernen. Es ist nicht hinreichend, sich dabei zu erinnern, dass Typhuskranke oft Wochen lang in einem noch tieferen Sopor liegen und doch allmählich zum vollen Gebrauche ihrer Geisteskräfte wieder gelangen, es ist nicht hinreichend, die unendlich zahlreichen Fälle sich ins Gedächtniss zurückzurufen, in welchen die Trepanation, ungeachtet der scheinbaren Erfüllung ihres Zweckes, Elevation niedergedrückter Stücke, oder Entfernung eines Extravasats,

gar keinen Einfluss auf die Rückkehr des Bewusstseins übte, sondern wie dieses doch nur erst ganz allmählich unter einem antiphlogistischen Verfahren wiederkehrte. Man muss die glückliche Heilung der Kopfverletzten ohne Trepanation consequent beobachtet haben, um eine gleiche Sicherheit im Zusehen sich zu erwerben, wie sie jetzt fast jeder Arzt bei seinen Typhuskranken besitzt. Würde man jetzt nicht jeden für einen miserablen Quacksalber halten, der noch, wegen eines betäubten Zustandes allein, einem Typhuskranken Moschus, Kampher oder Serpentaria geben wollte? Es wird nicht lange dauern, so wird man kein günstigeres Urtheil über den Chirurgen fällen, der wegen eines soporösen Zustandes trepaniren will. Glücklicher Weise haben die Feldzüge von 1849 und 1850 sehr vielen jungen Aerzten Gelegenheit gegeben, sich durch den Augenschein zu überzeugen, dass man einen halbbetäubten Zustand Wochen lang ansehen darf, ohne zum Trepan zu greifen, und dass mit der allmählichen Extraction der gelösten Splitter das volle Bewusstsein wieder eintritt.

7) Die Kugel verletzt nur die äussere Tafel.

Es sind mehrere Fälle vorgekommen, in denen eine streifende Kugel ein kleines Stück der äusseren Tafel mitgenommen und ein wenig Blei in der Diploë zurückgelassen hatte, ohne weiteren Schaden zu thun. Nach einiger Zeit wird dies lose und lässt sich entfernen. In einem dieser Fälle liess sich ein operationslustiger Arzt verleiten, das Schädelstückchen, welches Blei enthielt, auszusägen. Er glaubte dabei die innere Tafel des Schädels verschont zu haben, ich zeigte ihm

indess in der Tiefe der Wunde die Pulsation des Gehirns. Glücklicher Weise blieb diese thörichte Operation ohne schlimme Folgen.

8) Die Kugel contundirt den Schädel ohne ihn zu zerbrechen.

Bekanntlich sind Schädelcontusionen im Frieden so oft gefährlich durch ihre consecutiven Wirkungen. Man sollte glauben, dass Kugeln oft auch sehr gefährliche Contusionen hervorbringen müssten. Dennoch scheint dies nicht der Fall zu sein. Ich habe nur einen einzigen Fall erlebt, in welchem die von einer Kugel bewirkte Contusion den Tod zur Folge hatte. Alle andern durch Kopfverletzungen bedingten Todesfälle waren mit Schädelfractur verbunden.

Ein junger Soldat B. erhielt am 7. April 1849 einen Streifschuss am Schädel, welcher die Pfeilnath durchschneidend, die Kopfbedeckungen zwei Zoll lang aufriss, ohne das Pericranium abzustreifen. In den ersten zehn Tagen traten gar keine beunruhigenden Zufälle ein. Der Verwundete fühlte sich vollkommen wohl und die Wunde schien im besten Heilen begriffen zu sein. Am 17ten verlor der Kranke den Appetit, die Zunge war belegt, leichte Uebelkeit und Schmerz über den Augen und etwas Fieber waren vorhanden. Unglücklicher Weise verkannte der behandelnde Arzt die Wichtigkeit dieser Symptome und hielt, verleitet durch das gute Aussehen der Wunde, den Zustand für einen gastrischen Katarrh, der um diese Zeit häufiger vorkam. Ich sah den Patienten erst am 22sten, nachdem der Arzt desselben durch hinzugetretenen Schwindel, grosse Unruhe,

Schlaflosigkeit, Angst, Erbrechen und veränderter Ausdruck des Gesichtes unruhig und in seiner Diagnose zweifelhaft geworden war. Ich musste ihm leider sagen, dass der Patient fast hoffnungslos sei, da es sich hier um eine purulente Menyngitis handle. Blutegel in grosser Zahl, Eisumschläge auf den Kopf, Calomel und forcirte Quecksilbersalben-Einreibungen blieben ohne Erfolg. Schon am 22sten Abends traten Delirien und Bewusstlosigkeit hinzu. Am 23sten Morgens ein heftiger Schüttelfrost und am 24sten Morgens erfolgte der Tod. In den letzten Tagen hatte auch die Wunde ihr Aussehen verändert, die Secretion war jauchig geworden. Bei der Section zeigten sich das Pericranium und die Dura mater an der contundirten Stelle abgelöst durch Eiter, welcher sich durch einige erweiterte Emissarien verfolgen liess; im Sinus longitudinalis fand sich Eiter und Blutgerinnsel. Ueber beide Hemisphären war eitriges Exsudat ausgebreitet.

Diese Fälle kamen früher in der Civilpraxis viel häufiger vor, als jetzt nach leichteren Kopfverletzungen, wo man wohl überhaupt vorsichtiger in der Behandlung der Kopfverletzten geworden ist und in den kalten Umschlägen, welche in die Volksheilkunst übergegangen sind, ein wirksames Schutzmittel dagegen besitzt, welches Pott noch nicht anzuwenden pflegte. Die Geschichte dieser Fälle ist fast immer dieselbe; das gute Befinden des Patienten, der eine leicht scheinende Kopfverletzung erlitten hat, verleitet diesen und mitunter den Arzt, alle Vorsichtsmassregeln bei Seite zu setzen; Gemüthsbewegungen, Erkältungen, Erhitzungen oder Anstrengungen erregen eine von der verletzten

Stelle ausgehende Entzündung, welche ihren Sitz zunächst in dem contundirten Schädelstücke hat, von dort aber auf die Hirnhäute übergeht und hier sehr häufig Eiterbildung veranlasst, die ihren sehr natürlichen Grund darin hat, dass der verletzte Knochen nekrotisch wurde und so nothwendig eine eliminirende Eiterung in seiner Nachbarschaft erregt.

9) Die Kugel verwundet die Kopfbedeckungen allein.

Diese Verletzungen kommen vor in Gestalt von Quetschungen durch matte Kugeln, von Streifwunden, wobei ein Theil der Kopfbedeckungen weggerissen ist und seltener in Gestalt von Haarseilschüssen, wobei die Kugel eine Strecke unter der Galea fortgelaufen ist, denn diese letzteren sind gewöhnlich mit Knochenverletzungen verbunden. Doch kommen auch am Schädel Haarseilschüsse ohne Knochenverletzung vor. Mitunter bleibt auch die Kugel unter der Galea stecken, ohne dass der Knochen lädirt wäre.

Obgleich bei den Schusswunden des Kopfes die Diagnose im Allgemeinen viel leichter ist als bei anderen Kopfverletzungen, weil meistens eine klaffende Wunde vorhanden ist, so giebt es doch davon zahlreiche Ausnahmen, wobei entweder gar keine klaffende Wunde vorhanden, oder wo dieselbe bereits geschwollen ist und ohne Nachtheil nicht genauer untersucht werden kann. Die Zeit liegt noch nicht sehr fern, wo es die Wundärzte für ihre heiligste Pflicht hielten, jedem Kopfverletzten einen Kreuzschnitt zu appliciren, die Ver-

letzung mochte noch so gering sein. Während ich in Berlin studirte, wurde diese Methode auf eine so exorbitante Weise gemissbraucht, dass ich mich bald davon emancipirte. Ohne Zweifel hat auch Dieffenbach dort seinen Widerwillen gegen diese Einschnitte bekommen. Der Kreuzschnitt hat allerdings den Nutzen, dem Patienten begreiflich zu machen, dass mit keiner Kopfverletzung zu spassen sei, diese Lection schien mir doch aber etwas zu grob. Ursprünglich diente der Kreuzschnitt zu diagnostischen Zwecken, um Luft zu machen, damit man sehen könne, ob der Knochen verletzt sei. Da der Kreuzschnitt dazu nicht immer ausreicht, so wurde in älteren Zeiten das Pericranium abgeraspelt und Dinte auf den Schädel gegossen, um zu sehen, ob Spalten da wären. Später als man den Nutzen der Einschnitte beim phlegmonösen Erysipelas kennen lernte, sollte der Kreuzschnitt bei Kopfverletzten theils vorbauend, theils antiphlogistisch wirken.

Ich glaube, dass die Mehrzahl der neueren Chirurgen Kreuzschnitte weder zu diagnostischen noch zu prophylaktischen Zwecken mehr anwendet, sondern nur zur Antiphlogose. So thöricht uns auch jetzt das Aufgiessen von Dinte auf den Schädel erscheinen mag, so ist doch gewiss noch Vieles unter den Chirurgen Gebrauch, was eben so verwerflich genannt zu werden verdient. Noch jetzt halten die Chirurgen es für ihre heiligste Pflicht, Crepitation hervorzubringen, wenn sie zu einem Patienten kommen, der möglicher Weise einen Knochenbruch erlitten hat, es mag nun Geschwulst vorhanden sein oder nicht. Handelt es sich um einen gerichtlichen Fall, so wird um so mehr alle Schonung

bei Seite gesetzt, um das charakteristische Zeichen der Fractur nachzuweisen. Man denkt selten daran, dass es für die Patienten besser sei, das Abschwellen des Gliedes abzuwarten, und dass auch ohne sichere Diagnose sich das für den Augenblick Zweckmässigste anordnen lässt. Auf ähnliche Art ist man bei den Kopfverletzten auch nicht vorsichtig genug, man scheut sich nicht, die bereits entzündete Wunde mit Fingern und Sonden zu insultiren und denkt nicht daran, dass eine geringfügige Ausbreitung des etwa unvermeidlichen Eiterungsprocesses am Kopfe tödtlich werden kann. Der Chirurg muss sich in vielen Fällen mit einer Conjectural-Diagnose begnügen, seine diagnostischen Hülfsmittel dürfen dem Patienten keinen Schaden bringen! Die diagnostischen Hülfsmittel der Aerzte sind denen der Wundärzte durch ihre Unschädlichkeit meistens weit überlegen. Der Wundarzt, welcher ohnehin oft genug verdammt ist, seinen Kranken Schmerzen zu verursachen, sollte dies zu diagnostischen Zwecken so wenig wie möglich thun. Dies ist auch in der That sehr oft ganz unnöthig, man braucht sich nur in vielen Fällen seiner Augen und seines Verstandes zu bedienen, ohne die Hand zum Betasten zu Hülfe zu nehmen. Diese Apologie einer unvollständigen Diagnose würde vielleicht bei einem anderen Capitel noch mehr an ihrem Platze sein, als bei den Kopfverletzungen, auf deren genauere Ermittelung man jetzt im Allgemeinen schon nicht mehr einen so grossen Werth legt, seitdem weniger trepanirt wird. Seit undenklichen Zeiten kennt man die Gefahren anscheinend leichter Kopfverletzungen; dieselbe Vorsicht, welche man bei den im gewöhnlichen Leben

vorkommenden Verletzungen anwendet, wurde von uns auch bei leichten Kopfschüssen gebraucht. Bittersalz und kalte Umschläge und strenge Diät bis zur vollständigen Heilung der Wunde. Dieser Vorsicht glaube ich es theilweise zuschreiben zu müssen, dass sowohl erysipelatöse, als auch phlegmonöse Entzündungen bei diesen Wunden äusserst selten waren, und dass, mit einer einzigen Ausnahme, kein Kopfverletzter gestorben ist, bei dem der Schädel nicht zerbrochen war; zum Theil liegt dies aber gewiss in dem Umstande, dass die Kugel, wenn sie die Weichtheile des Kopfes zerreisst, keine ähnliche Erschütterung des ganzen Kopfes bewerkstelligt, als die Gewalten, welche im gewöhnlichen Leben Kopfverletzungen bedingen.

Die Anzahl der Kopfverletzten ist in einzelnen Gefechten sehr verschieden, je nachdem die oberen Theile des Körpers dem Feuer mehr exponirt sind als die unteren. Nach der Schlacht von Idstedt waren unter 1200 Verwundeten 60 mit Kopfschüssen, von denen 31 als blosse Verletzung der Weichtheile bezeichnet sind, also 5 Procent. Nach dem Sturm von Friedrichstadt waren unter 500 Verwundeten 40 Kopfverletzte, also 8 Procent. Diese auffallende Verschiedenheit in der Zahl der Kopfverletzten ergab sich aus der Beschaffenheit des Kampfplatzes bei Friedrichstadt, welcher durch seine Deiche mehr Deckung für die unteren Extremitäten darbot.

Analyse der Erscheinungen, welche den Kopfverletzungen folgen können.

Bei der Beobachtung der Zufälle, welche von Kopf-

verletzungen abhängen, kann ich mich nicht ganz auf meine Beobachtungen im Kriege beschränken, sondern muss diejenigen zu Hülfe nehmen, welche ich unter günstigeren Verhältnissen mit grösserer Musse studiren konnte. Dies gilt namentlich von den Zufällen der Erschütterung, welche bei den Verletzungen durch Kugeln viel zu wenig isolirt hervortreten, um daraus ihre Natur kennen zu lernen.

Von der Hirnerschütterung.

Hirnerschütterung ist ein Collectivname, worunter man sehr Verschiedenes versteht:

1) den verletzenden Vorgang (physiologisch, activ);

2) die Wirkungen desselben auf den thierischen Organismus (pathologisch).

Dieser doppelte Gebrauch desselben Wortes bald in activer, bald in passiver Deutung ist verwirrend. Es wäre sehr zu wünschen, dass man für den pathologischen Zustand ein besonderes Wort annehme, welches ich freilich nicht anzubieten habe.

In physiologischer Beziehung begreifen die Chirurgen unter Erschütterung des Gehirns alle diejenigen Gewaltthätigkeiten, welche dasselbe schon durch Vermittelung des Schädels treffen können.

Die Gränzen der dadurch entstehenden Störungen in den Functionen des Gehirns müssen sich aus den physiologischen Eigenschaften desselben und seiner Hüllen ergeben. Sie sind indess sehr weit ausgedehnt, da sich die Folgen der Hirnerschütterung bei unverletztem Schädel von einer leichten Ohnmacht bis zum plötzlichen Tode in zahlreichen Zwischengliedern erstrecken.

Man kann wohl behaupten, dass keiner dieser Zustände pathologisch anatomisch gehörig aufgeklärt sei und dass selbst die physiologischen Verhältnisse, welche dabei in Betracht kommen, von Sachverständigen nicht gehörig gewürdigt worden seien.

Das Gehirn ist eine so durchfeuchtete Masse, dass dasselbe in Betreff seiner Fähigkeit, comprimirt zu werden (Elasticität) dem Wasser analog sein mag, was indess noch von Physikern zu untersuchen wäre. Da das Wasser fast incompressibel ist, so würde dem zufolge jeder, auch noch so vorübergehende Eindruck, welchen der elastische Schädel aufnimmt, der ganzen Masse des Gehirns mitgetheilt werden müssen, wenn die Canäle des Blutes und der Cerebrospinalflüssigkeit jemals vollständig geschlossen wären. Da diese jedoch offen sind, so wird jeder Eindruck, welchen der Schädel erleidet, mit einem Verdrängen von Flüssigkeiten verbunden sein, welches die Berechnung dessen, was innerhalb eines erschütterten Schädels vorgeht, sehr erschwert und für unser eins fast unmöglich erscheinen lässt. Schon die Nachweisung der Schwingungen, in welche der erschütterte Schädel geräth, muss äusserst schwer zu bestimmen sein, bei der Ungleichheit der Dicke und der nicht mathematischen Conformation der Schädelknochen in toto. Indess darüber liessen sich doch eher schon Experimente machen. Herr Prof. Bruns (vide dessen Handbuch der Chirurgie. I. Abthl. pag. 203) hat sich das Verdienst erworben, den Umfang der Elasticität des Schädels durch Experimente näher zu ermitteln, deren Nothwendigkeit ich längst eingesehen habe, zu deren eigener Ausführung es mir jedoch an Gele-

genheit gefehlt hat. Der unverletzte Kopf wurde zunächst zwischen zwei kleine Bretter in einem Schraubstocke befestigt, so dass beim Zuschrauben desselben der Kopf nicht ausweichen konnte, sondern gerade in dem Quer- oder Längendurchmesser zusammengedrückt wurde. Sodann wurde durch vier kleine Kreuzschnitte mit Abtragung der Läppchen eine kleine Knochenstelle an der Stirn, dem Hinterhaupte und zu beiden Seiten über dem Planum semicirculare freigelegt und der betreffende Durchmesser des Schädels direct mit einem Tastercirkel gemessen, welche Messungen bei dem nun vorgenommenen allmählichen Zuschrauben des Schraubstockes immer nach 2—3 Umdrehungen wiederholt wurden. Aus diesen Versuchen ging hervor:

1) Dass der Schädel in einer beliebigen Richtung beträchtlich zusammengedrückt und so der betreffende Durchmesser verkürzt werden kann, ohne dass ein Bruch entsteht, und dass derselbe nach dem Aufhören der äusseren Gewalt wieder auf sein Normalmass zurückkehrt.

2) Dass bei Verkleinerung des Schädels in einer Richtung eine Vergrösserung des Schädels in den übrigen Richtungen Statt findet. Bei Zusammendrückung des Kopfes von vorn nach hinten trat eine Vergrösserung des Querdurchmessers und des Verticaldurchmessers ein, welche direct gemessen werden konnte, während die Vergrösserung der übrigen Durchmesser aus der sichtlich zunehmenden Wölbung des Schädels mit Sicherheit geschlossen werden konnte.

3) Es ist wahrscheinlich, dass die Vergrösserung und Verkleinerung der verschiedenen Durchmesser in

einem ganz genauen Verhältnisse stehen, allein dieses kann sich nur auf die Summe der Veränderungen der verschiedenen Durchmesser beziehen; nimmt man nur zwei einander rechtwinklig kreuzende Durchmesser, so stehen die Dimensionen derselben nicht in vollem Einklange, z. B. es betrug in einem Falle die Verkürzung des Längendurchmessers 11 Millimeter, die Verlängerung des Querdurchmessers nur 5 Millimeter.

Zu diesen Beobachtungen von Prof. Bruns habe ich folgende Bemerkungen zu machen:

Die bedeutenden Verkürzungen der Dimensionen des Schädels bei angewandter Schrauben-Compression (bis zu 15 Millimeter im Querdurchmesser des Schädels eines Erwachsenen) repräsentiren nicht die wirkliche Elasticität der Schädelknochen in ihrer Totalität. Dies ergiebt sich aus einem Experimente, wobei der zum zweiten Male comprimirte, zu seinem früheren Umfange zurückgekehrte Schädel, bei einer Compression brach, welche geringer war als die erste. Es hatten also interstitielle Fracturen schon bei der ersten Compression Statt gefunden, bei der zweiten brach der Rest des Knochens, welcher nach dem ersten Versuche die Form des Schädels noch durch seine Elasticität hergestellt hatte. Ausserdem kann man die langsame Wirkung der Schraube nicht vergleichen mit dem Effecte einer rasch einwirkenden Gewalt. Ein Stock, welcher, langsam gebogen, eine bedeutende Elasticität zeigt, wird zerbrochen, wenn er rasch geknickt wird.

Herr Prof. Bruns, der die feinere Anatomie mit so vielem Erfolge cultivirt hat, wäre ohne Zweifel am meisten befähigt, diesen Gegenstand weiter zu verfol-

gen und uns die interstitiellen Läsionen nachzuweisen, welche ein Knochen erleidet, dessen Elasticität auf die Probe gestellt worden ist, namentlich auch den Einfluss, welchen diese auf die verschiedenen Tafeln ausübt.

Jedenfalls geht aus diesen Versuchen so viel hervor, dass der Schädel bedeutende Formveränderungen erleiden kann, welche durch die Elasticität desselben wenigstens scheinbar wieder ausgeglichen werden. Darauf kommt es aber bei dem Capitel von der Hirnerschütterung vorzüglich an, deren Ausgangspunct die äussere Integrität des Schädels bildet. Die interstitiellen Läsionen, welche der Schädel erleidet, können vor der Hand gar nicht in Betracht kommen, denn bis jetzt hat man alle diejenigen Verletzungen des Gehirns, welche bei anscheinend oder seinen Formen nach unverletztem Schädel, entstehen, zu den Erschütterungen gerechnet, wobei jedoch nicht in Abrede gestellt wird, dass auch im zerbrochenen Schädel Hirnerschütterung vorkomme.

Es ergiebt sich nunmehr zur Genüge aus der von Prof. Bruns ermittelten Elasticität des Schädels, welcher beträchtlichen Läsion ein Organ, welches wie das Gehirn, aus einer leicht zerreissbaren Masse besteht, innerhalb der Gränzen dieser Elasticität ausgesetzt ist. Es kann dem Gehirn nicht sonderlich zu Gute kommen, dass sich bei der Verminderung eines Durchmessers des Schädels, die übrigen Dimensionen vergrössern können. Man darf hier auch die Wirkung der Schraube nicht mit der eines Schlages verwechseln. Die durch einen Schlag bewirkte elastische Depression des Schädels tritt so rasch ein, dass sie sich dem

Gehirne mittheilen wird, ehe die Erweiterung der übrigen Dimensionen den verengten Raum wieder auf sein Normalmass ausdehnt. Auch müssen bei der ungleichen Dicke der Schädelknochen und der übrigen Mannigfaltigkeit der Verhältnisse, viele Fälle vorkommen, in welchen nur ein Schädelfragment temporär niedergedrückt wurde, ohne dass die Gewalt Zeit hatte, sich dem ganzen Schädel mitzutheilen.

Dupuytren war es, welcher zuerst auf die Contusion des Gehirns bei unverletztem Schädel aufmerksam machte, und die Möglichkeit ihrer Entstehung der Elasticität des Schädels zuschrieb. Er verwirrte aber die practischen Aerzte, indem er dieser, doch sicher bei jedem Schädelbruche mit Eindruck vorkommenden Contusion des Gehirns, Zufälle zuschrieb, welche ihr gar nicht zukommen, wie dies Hunderte von glücklich und vollkommen geheilten Schädelbrüchen mit Eindruck beweisen. Am vierten oder fünften Tage sollten Schmerzen an einem bestimmten Puncte, Appetitlosigkeit, Fieber und Coma hinzutreten, gewöhnlich sollte der Tod erfolgen, im glücklichen Falle Heilung mit Beeinträchtigung der Geisteskraft.

Herr v. Walther sagt sehr richtig, dass wohl jede Hirnerschütterung mit einiger Contusion dieses Organs verbunden sei. Man könnte wohl noch einen Schritt weiter gehen und behaupten, die Hirnerschütterung sei im Grunde nichts anderes als eine Hirncontusion, eine momentane Compression eines weichen Organs, welches freilich sofort seine äussere Form wieder annimmt, aber nichts desto weniger in seinem Innern mannigfaltige interstitielle Läsionen erlitten haben kann.

Auf diese Quetschung des Gehirns innerhalb der Gränzen der Elasticität des Schädels, lassen sich nach meiner Meinung die verschiedenen Zustände zurückführen, welche man als Hirnerschütterungsfolgen bezeichnet. Man nimmt gewöhnlich drei Formen an:

1) augenblicklich tödtliche Hirnerschütterung;

2) Hirnerschütterung, deren Folgen längere Zeit anhalten;

3) Hirnerschütterung mit schnell vorübergehenden Zufällen.

Bei der augenblicklich tödtlichen Hirnerschütterung fand man in einigen Fällen keine augenscheinliche Läsion des Gehirns, dieses füllte jedoch den Schädel nicht ganz aus. Da nun auch in der Leiche kein luftleerer, oder bei unverletztem Schädel mit Luft gefüllter Raum im Schädel bestehen kann, so war dieser Raum, welcher das Zurückweichen des Hirns gestattete, mit Serum gefüllt, welches bei der Section nicht berücksichtigt wurde. Sehr interessant in dieser Beziehung ist ein Fall in den Nassau'schen Berichten pag. 279. Ein vom Pferde gestürzter Postillon mit sehr dünnen Schädelknochen wurde unter gemischten Erscheinungen der Commotion und des Druckes trepanirt, sechs Stunden nach der Verletzung. Es fand sich Nichts auf der Dura mater, nach deren Einschneiden kamen $2^1/_2$ Unzen blutiges Serum zum Vorschein. Der Patient starb nach vier Stunden; der Schädel war unverletzt, das Gehirn aber der Seite, auf welche er gestürzt war, gegenüber, gequetscht, und über der gequetschten Hirnstelle, welche bis zu einem Zoll tief in einem aus Hirnmasse und geronnenem Blut bestehenden Brei verwandelt war, lag

ein Blutextravasat von zwei Unzen auf der Dura mater. Das Gehirn füllte den Schädel nicht aus, nach Herausnehmen desselben fand sich eine Unze Serum an der Basis. Der behandelnde Arzt wunderte sich über das in so kurzer Zeit nach dem Sturze entstandene seröse Exsudat, welches doch sogleich entstehen muss, wenn durch Hirnerschütterung das Gehirn zusammensinken soll. Man wird es auch bei denen finden, welche durch eine Hirnerschütterung sofort getödtet wurden; der sich wieder ausdehnende comprimirte Schädel muss dasselbe schon anziehen, ausser dem Blute, welches die Extravasate bildet.

In anderen Fällen fanden sich Risse durch die Hirnmasse, oder diese war theilweise in einen Brei verwandelt. Selten ist bei diesen sofort tödtlichen Fällen der Schädel ganz unverletzt, manche Risse an der Basis müssen unentdeckt geblieben sein, wenn man den Schädel nicht der Maceration unterwarf.

Bei Fällen von Hirnerschütterung mit andauernden Zufällen treten uns während des Lebens folgende Erscheinungen entgegen. Die unmittelbare Folge der erlittenen Verletzung ist ein Zustand, in welchem das Bewusstsein vollständig aufgehoben ist. Der Patient liegt blass, bewegungslos mit geschlossenen Augenlidern, anfangs erweiterten Pupillen (nicht wie so viele Chirurgen berichten, verengten, denn dies ist bereits ein Reactionssymptom) mit allgemein verminderter Wärme, mit schwachem, kleinem, langsamem, oft intermittirendem Pulse, mit leiser, sanfter, mitunter ebenfalls intermittirender Respiration. Nur der bewusstlose Zustand, wie Walther bemerkt, hindert den Kranken Muskeln zu bewegen, eigentliche Paralyse des Muskelsystems oder

einzelner Abtheilungen desselben ist nicht vorhanden. Diese Zufälle sind gleich nach der Verletzung im höchsten Grade vorhanden, sie vermindern sich nach und nach, mitunter in Minuten, mitunter erst in Tagen oder Wochen. Der Puls wird allmählich fühlbarer, die Inspiration etwas tiefer, die Wärme des Körpers vermehrt sich, die Pupillen verengen sich, das Gehör stellt sich wieder ein, Empfindlichkeit gegen Geräusche, so wie gegen helles Licht, Bewusstsein und unwillkürliche Bewegung kommen früher oder später mehr oder weniger vollständig wieder zum Vorschein, indem nicht selten eine Verwirrung der Vorstellungen, Ohrenklingen, Flimmern vor den Augen, Stottern, Taumeln beim Aufrichten sich bemerkbar machen. Diese Erscheinungen des allmählich wiederkehrenden animalischen Lebens können wieder rückgängig werden und der frühere Collapsus wieder eintreten, wenn der Patient durch unzeitige Blutentziehung oder andere schwächende Mittel angegriffen wird.

Zu den constantesten Erscheinungen der Gehirnerschütterung gehört: 1) die Schwäche der Herzthätigkeit, welche sich mitunter Wochen lang in dem Verlaufe des Krankheitszustandes zeigt und alle eingreifenden Antiphlogistica verbietet; 2) das Erbrechen, nicht bloss im Anfange des Reactions- oder Wiederbelebungsstadii sondern bei jeder Rückkehr des Schwächezustandes oft nachdem das Bewusstsein längst vollkommen klar geworden war und keine Lähmungserscheinungen an irgend einem Körpertheile zum Vorschein gekommen waren.

Diese beiden Symptome, welche man sobald sie in

unmittelbarem Gefolge von Kopfverletzungen auftreten, als pathognomonisch für Hirnerschütterung angesehen hat, und deren mitunter Wochen lange Fortdauer auf eine organische Läsion schliessen lässt, könnten vielleicht dazu dienen, das Wesen der Hirnerschütterung näher aufzuklären. Es handelt sich nämlich vorzüglich um die Frage, ob die Zufälle der Hirnerschütterung von einer Affection des ganzen Gehirns, oder eines Theiles desselben, abhängen. Plötzliche grosse Blutverluste haben in ihren augenblicklichen Folgen grosse Aehnlichkeit mit den Zufällen der Hirnerschütterung und es müssen dieselben anregen, auf die plötzliche Schwächung des Kreislaufs durch Hirnerschütterung, welche anfangs vermuthlich einer völligen Unterbrechung desselben gleichkommt, grossen Werth für die Erklärung aller übrigen Erscheinungen zu legen. Heftige Gemüthsbewegungen und überwältigende Schmerzen, welche einen der Hirnerschütterung ähnlichen Zustand von Ohnmacht hervorbringen, scheinen, nach Aller Ansicht, nur durch Unterbrechung der Herzthätigkeit diese Wirkungen zu haben.

Die Entdeckung E. H. Weber's, dass Reizung der Vagi die Herzbewegung unregelmässig mache, schwäche und bei gesteigerter Reizung sistire, bietet jetzt ein erwünschtes Auskunftsmittel dar, die constantesten und andauerndsten Symptome der Hirnerschütterung, geschwächte Herzthätigkeit und Erbrechen durch Affection der Vaguswurzeln zu erklären. Ich benutzte den Naturforscherverein in Wiesbaden dazu, einem berühmten Forscher über die Structur der Centralorgane des Nervensystems, Dr. Stilling, die Frage vorzulegen, warum

sich eben bei Hirnerschütterung die vorherrschenden Symptome im Gebiete des Vagus concentrirten. Er gab mir nach kurzem Besinnen die Antwort, dass dies ohne Zweifel davon herrühre, weil die Wurzeln des Vagus unter dem vierten Ventrikel die weichste Stelle in den Centralorganen des Nervensystems bilden, dass sich diese Stelle, nach den verschiedensten Todesarten, bei Thieren immer in einem Zustande von Hyperämie befinde. Da die Stämme der Vagi innerhalb der Schädelhöhle bekanntlich auch zu den weichsten aller Nerven gehören, da sie beim Herausnehmen des Gehirns aus dem Schädel äusserst leicht abreissen, wenn man sich nicht in Acht nimmt, so könnte man auch an diese denken und die Ansicht aufstellen, sie würden vielleicht bei tödtlichen Hirnerschütterungen abreissen. Aber die Zufälle der Hirnerschütterung haben keine grosse Aehnlichkeit mit denen der Durchschneidung beider Vagi, obgleich dieselbe auch die Propulsivkraft des Herzens nicht unbeträchtlich vermindert. Es sind nicht die Symptome der Paralyse, sondern die der Reizung des Vagus, welche die Hirnerschütterung hervorbringt. Jede Zerrung eines Nervenstammes hat aber mehr oder weniger paralytische Erscheinungen zur späteren Folge. Will man daher die Zufälle der Hirnerschütterung von einer Affection des Gebietes der Vagi herleiten, so kann man vermuthlich nur an deren centrale Endigungen denken, an ihre Kerne, wie Stilling sie nennt. Bilden diese Wurzeln in der That den weichsten Punct in den Centralorganen des Nervensystemes, so würde deren hervorstechendes Leiden bei der Schädelcontusion, welche wir Erschütterung nennen, sehr erklärlich sein.

Bis jetzt leiteten die Chirurgen die Hirnerschütterung her von den Schwingungen, in welche der Schädel durch einen Schlag oder Stoss versetzt werde, die sich dem Gehirne mittheilten. Bei normal construirtem Schädel eines Erwachsenen gehört jedoch ein tüchtiger Schlag mit einem Knüppel dazu, um die Zufälle der Hirnerschütterung zu erzeugen. Die physiologische Wirkung desselben auf den Schädel darf man wohl nicht eine blosse Schwingung nennen, es ist die momentane Compression eines hohlen Körpers, welcher mit einer Substanz angefüllt ist, die man in ihrem physikalischen Verhalten ungefähr dem Wasser an die Seite stellen kann. Die unmittelbare Wirkung dieser Compression muss ein Ausweichen des flüssigen Inhaltes sein, der, weil er incompressibel ist, sein Gehäuse sprengen müsste, wenn er nicht ausweichen könnte. Das kann aber theilweise geschehen. Die grossen Abzugscanäle des Hirnblutes, die Sinus durae matris, liegen alle an der äusseren Circumferenz des Hirns. Indem dieselben sich eines Theiles des in ihnen enthaltenen Blutes in der Richtung gegen das Herz durch die Jugularvenen, in der Richtung gegen die Capillaren durch die Emissaria, entledigen, können sie die gefährliche Einwirkung des Schlages auf das Gehirn vermindern. Da jedoch an allen Puncten, wo keine Sinus liegen, das Gehirn unmittelbar an die von der Dura mater bekleidete Tabula interna gränzt, so muss dasselbe den grössten Theil der comprimirenden Gewalt selbst aufnehmen und den empfangenen Stoss mehr oder weniger allen seinen Bestandtheilen mittheilen. Ich sage mehr oder weniger, denn ein Organ wie das Gehirn,

aus mehr oder weniger fester Substanz bestehend, mit Blutcanälen durchzogen, vom Tentorium und Falx durchsetzt, reagirt nicht so wie eine Wassermasse, in welcher sich die empfangene Propulsion von einem Atom auf alle übrigen fortsetzt. Diese von der ganzen Masse des Hirns empfangene Propulsion muss sich, ceteris paribus, am verderblichsten in dem weichsten Theile desselben zeigen. Ist dies in der That die Gegend der Wurzeln der Vagi, so würde Hirnerschütterung wohl nichts weiter sein als mittelbare Contusion ihres Gebietes.

Es frägt sich nur, was die pathologische Anatomie dazu sagt. Sie hat auf den so begränzten Punct der Vaguskerne noch keine Rücksicht genommen, sie bestätigt aber im Allgemeinen die Ansicht, dass die Zufälle der Hirnerschütterung durch Hirncontusion entstehen. Rokitansky bemerkt schon, dass nach Hirnerschütterungen sich in der Substanz des Gehirns kleine capilläre Apoplexien finden, welche bald an der getroffenen Stelle, bald an mehreren, oft an der, der getroffenen Stelle gegenüberliegenden Seite angetroffen werden. Nelaton schildert diese, nach Sanson's und seinen eigenen Beobachtungen, noch genauer (vide Nelaton, Elemens de pathologie chirurgicale, Tome II. Pag. 575.). Die kleinen Blutergiessungen, welche man nach einfachen Hirnerschütterungen in der Hirnsubstanz findet, sind so gross wie der feinste Nadelknopf. Man unterscheidet dieselben von den gewöhnlichen Blutpuncten auf Hirnschnitten daran, dass diese aus flüssigem Blute bestehen, und von neuem zum Vorschein kommen, wenn man sie entfernt hat und dann die Hirnmasse gelinde comprimirt.

Die kleinen Apoplexien bestehen in einem Blutgerinnsel, das man mit der Spitze des Scalpells wegnehmen kann. Um sie zu finden, muss man die Pia mater entfernen und die Hirnmasse in feinen Schichten durchschneiden. Man findet sie an der Peripherie und im Centrum des Gehirns, an der Stelle, wohin der Schlag getroffen hat, an benachbarten und entfernten Puncten. In einzelnen Fällen sind sie sehr zahlreich, in anderen findet man nur 5—6 in der ganzen Gehirnmasse. Man findet sie, nach Nelaton, niemals in Gehirnen, welche keine Gewaltthätigkeit erlitten haben, mit Ausnahme der Fälle, in welchen sich ein apoplektischer Heerd im Gehirn von der Art von Hirnblutung findet, welche Cruveilhier capilläre Apoplexie genannt hat.

Uebrigens vermuthet Nelaton mit Recht, dass diese capillären Apoplexien sich nicht nach jeder Hirnerschütterung finden möchten. Eine Contusion könne stark genug sein, um einige Hirnfasern zu zerreissen, ohne deshalb Blutgefässe zu sprengen. Ich muss dazu noch bemerken, dass auch, wenn Blutgefässe zerrissen sind, keine Apoplexien entstehen können, wenn die Circulation aufgehört hat, oder bedeutend geschwächt ist. Gerade in den schnell oder bald tödtlichen Fällen, können diese Apoplexien sehr wohl fehlen und doch zahlreiche interstitielle Zerreissungen von Hirnfasern und kleinen Blutgefässen zugegen sein. Offenbar gehört die Bildung der capillären Hirnapoplexien schon der Reactionsperiode an, nachdem der Kreislauf wieder mehr geregelt ist.

Diese pathologisch anatomischen Wahrnehmungen mussten die Hirnerschütterung dem Gebiete der blossen

dynamischen Störungen entrücken, sie beweisen die dabei vorkommenden interstitiellen Zerreissungen, ihr Vorkommen an verschiedenen Stellen zeigt, dass der Stoss in verschiedenen Richtungen die Hirnmasse durchsetzt und am wenigsten kann es auffallen, dass sie sich, wie Rokitansky bemerkt, oft an der, der getroffenen Stelle entgegengesetzten, Seite finden. In dieser Richtung wurde der Durchmesser des Schädels durch den Stoss verkleinert, also auch das Gehirn in derselben Richtung zusammengepresst. Besondere Umstände müssen es erklären, warum in dem einen Falle diese, in dem anderen Falle jene Stelle mehr gequetscht wurde.

Therapeutische Indicationen.

Betrachtet man die Hirnerschütterung als Contusion des Hirns mit vorwaltender Affection seiner, die Circulation des Blutes regulirenden, Organe, so kann über die Behandlung ihrer Zufälle keine grosse Meinungsverschiedenheit herrschen. Dies ist ohnehin nicht der Fall. Die Meisten rathen zu einem exspectativen Verfahren; am besten gar keine Reizmittel, oder nur äussere, keine frühe Blutentziehungen! Dennoch scheint es mir, dass man darin noch zu wenig Consequenz gezeigt hat. Etwas Branntewein oder Kaffee wird doch wohl gerathen, mit der Aderlässe wird meistentheils zu sehr geeilt.

Nach meiner Erfahrung ist es das Beste, den Patienten bis zur völligen Entwickelung des Kreislaufes horizontal zu legen und ihn erst, wenn das Gesicht Farbe bekommt, höher mit dem Kopfe zu lagern. Der an

einem hohen Grade von Hirnerschütterung Leidende ist in einer ähnlichen Lage wie ein Verbluteter, wenn auch aus anderen physiologischen Gründen. Man muss die gleichmässige Blutvertheilung bei ihm zu befördern suchen. Dies geschieht am einfachsten durch horizontale Lage. In der Reactionsperiode, wenn das Gesicht sich röthet und der Puls schneller wird, müssen kalte Umschläge auf den Kopf gemacht werden; sie sind offenbar das beste Mittel, den capillären Apoplexien vorzubeugen, oder ihre Resorption zu begünstigen. Eisumschläge können auf die kalten Compressen folgen, ihre Wirkung muss jedoch überwacht werden, da sie mitunter zu schwächend wirken. Die Aderlässe kann nur durch die Beschaffenheit des Pulses und die Röthe des Gesichtes indicirt werden, niemals aus anderen Indicien, die Depression der Geistesthätigkeit kann dazu keinen Anlass geben. Wie die erste Aderlässe durch einen, hinreichend kräftigen, härtlichen Puls indicirt sein muss, so müssen es auch die folgenden. Wir dürfen uns nicht einbilden, die Folgen einer bedeutenden Hirnerschütterung damit zum Verschwinden zu bringen, sie können nur den zu starken Blutandrang zum Kopfe beschränken, damit nicht grössere Blutextravasate oder Entzündung hinzukommen, sondern im Gegentheil die Resorption des Blutergusses geschehe und die zerrissenen Hirnfasern sich reorganisiren. Dazu gehört aber Zeit. Es ist deshalb auch am besten mit der Kälte zu wirken, welche wiederholte Blutentziehungen unnöthig macht. Wenn Herr Nelaton zu öfteren Aderlässen und Blutegeln räth, so kommt dies wohl nur daher, dass er keine kalte Umschläge macht, sondern nach geschorenem

Kopfe ein Vesicator über die ganze Calotte legt, ein Mittel, von dem man doch sonst bei Quetschungen nicht leicht Gebrauch machen würde. Warum denn am Kopfe? Klystiere, Abführmittel dürfen nicht versäumt werden, Calomel wenn Entzündung eingetreten ist. Die Arnica, allerdings ein kräftiges Mittel, um die Herzthätigkeit anzufachen, habe ich nicht angewendet, sondern gelegentlich wohl einmal zum Fenster hinausgeworfen, wenn ich sie bei Kopfverletzten fand. Wozu diese Reizmittel? Vielleicht um der Natur entgegen zu arbeiten, die mit Hülfe der Zufälle, wie die Hirnerschütterung sie darbietet, so manches Menschenleben rettet? Wie Mancher ist scheinbar todt zu Boden gesunken, dadurch neuen Verletzungen entgangen und nach einiger Zeit ganz munter wieder aufgestanden. Wie wohlthätig muss die relative Blutleere auf ein Gehirn wirken, bei dem von Congestion und Entzündung alles zu besorgen und nichts zu hoffen ist. Nicht ohne Sorge, aber doch ohne mich zu falschen Schritten verleiten zu lassen, habe ich im Jahre 1851 in meiner Klinik ein Mädchen von 25 Jahren, welches 25 Fuss hoch herunter, mit dem Kopfe voran, gefallen war, 14 Tage in bewusstlosem Zustande, unter den reinen Erscheinungen der Hirnerschütterung liegen lassen, bei kalten Umschlägen, nur eine Aderlässe gemacht, weil der Puls keine zweite erlaubte; erst nach 14 Tagen trat das hellste Bewusstsein wieder ein und sie genass ohne nachbleibende üble Folgen. Nachdem ich Leute mit Schädeldepression noch länger im Coma hatte liegen lassen, sah ich keinen Grund, ein Gleiches nicht bei der Hirnerschütterung zu thun. Mit wiederholten Blutentziehungen, Arnica und

einem Vesicator auf dem Kopfe hätte ich diese Patientin sicher in die Ewigkeit spedirt.

Von dem Hirndrucke.

Unter den Symptomen des Hirndruckes versteht man die Erscheinungen, welche durch Raumverminderung der Schädelhöhle hervorgebracht werden. 1) Durch fremde Körper; 2) durch niedergedrückte Knochen; 3) durch Blutextravasat; 4) durch seröse und eitrige Exsudate; 5) durch Blutcongestionen.

Da in der Schädelhöhle kein leerer Raum besteht, sagt Herr v. Walther (Chirurgie Vol. II. pag. 35), und die Hirnmasse dieselbe in strotzender Lebensfülle allseitig ausfüllt, so bringt jeder dahin eingedrungene fremde Körper, indem er einen Theil dieses Höhlenraumes einnimmt und aus diesem die Hirnmasse verdrängt, eine Compression derselben hervor.

Ich citire hier absichtlich diese Aeusserung eines von mir hochverehrten Mannes aus dem Jahre 1847, um daran die Bemerkung zu knüpfen, dass dieselbe wohl die Basis der sämmtlichen Begriffe über Hirndruck gebildet habe. Ich halte sie aber für entschieden falsch. Wahr ist daran nur der Satz, dass die Schädelhöhle kein Vacuum enthalte und vollständig ausgefüllt sei. Falsch aber ist die allgemein gestellte Behauptung, dass das Gehirn die Schädelhöhle in strotzender Lebensfülle vollständig ausfülle, und dass jeder eingedrungene fremde Körper das Gehirn comprimiren müsse. Die Schädelhöhle ist der Hauptsache nach angefüllt mit Hirnsubstanz, Cerebrospinalflüssigkeit, zu welcher auch

das, die Hirnmasse tränkende Wasser zu rechnen ist, arteriellem und venösem Blute.

Bei Kindern, deren Fontanellen noch nicht geschlossen sind, kann man sich leicht überzeugen, dass die Masse der Fluida, welche die Schädelhöhle enthält, wechselnd ist; bei Congestionen zum Kopfe sind die Fontanellen gespannt und umgekehrt schlaff, wenn der Trieb des Blutes nach dem Kopfe sich vermindert hat, z. B. nach einem Abführmittel. Bei vollständig geschlossenem Schädel kann kein Wechsel in der Gesammtsumme der in der Schädelhöhle enthaltenen Fluida Statt finden, weil die Elasticität der Schädelknochen bei Erwachsenen jedenfalls viel zu geringe ist, um eine rasche elastische Expansion, durch Congestion, zu gestatten, eben so wenig kann deshalb Contraction des Schädels eintreten. Den Kindern, bei welchen Kopfverletzungen im Allgemeinen viel günstiger ablaufen, als bei Erwachsenen, mag allerdings die leichtere Expansion ihres Schädels in Etwas zu Statten kommen.

Der wesentlichste Punct, auf den es hier ankommt, ist aber keinesweges die nicht bestrittene Frage von der vollständigen Anfüllung der Schädelhöhle, sondern was man, so weit mir bekannt ist, bis jetzt übersehen hat, das Verhältniss der Theile zu einander, welche den Schädel füllen. In dieser Beziehung findet grosser Wechsel Statt. Bei anämischen abgezehrten Personen ist die Quantität des Wassers nicht bloss unter der Arachnoidea, sondern auch in der Hirnmasse bedeutend grösser (Oedem des Gehirns und der Arachnoidea), das Gehirn füllte die Schädelhöhle nicht vollständig aus und kann nach der Section mit Leichtigkeit wieder in dem

Schädel untergebracht werden. Bei Hirnhypertrophien und verwandten Zuständen findet das Gegentheil Statt, die Hirnmasse scheint nach Abnahme der Decke aus dem Schädel herauszuquellen und lässt sich nicht wieder hineinlegen. Bei Personen, welche an Schlagflüssen oder Erstickung gestorben sind, findet sich oft eine enorme Masse Venenblut im Schädel. Diese allgemein bekannten pathologisch anatomischen Facta geben nach meiner Ansicht sehr bedeutungsvolle Fingerzeige über die Vorgänge im Gehirn, welche durch den Kreislauf und die Respiration vermittelt werden. Bekanntlich bemerkt man bei Kindern mit offenen Fontanellen und bei Personen, welche durch Trepanation, Kopfverletzung oder Nekrose ein Loch im Schädel haben, eine zweifache Bewegung des Gehirns, deren geringere vom Herzschlage abhängt und damit gleichzeitig ist, die zweite bedeutendere von der Respiration, indem das Gehirn bei der Inspiration sinkt und bei der Exspiration sich hebt, durch Zurückhaltung des Venenblutes, während dasselbe bei der Inspiration stärker abfliesst. Man hat sich vielfach den Kopf darüber zerbrochen, ob diese Bewegungen des Gehirns auch bei unverletztem Schädel Statt finden. Begreiflicher Weise musste die Antwort negativ ausfallen, aber damit ist die Sache nicht abgethan, dass man sagt, diese Bewegungen finden so nicht Statt; es handelt sich um die Frage, welchen Einfluss haben bei unverletztem Schädel die Potenzen, welche bei verletztem Schädel ein Heben und Sinken des Gehirns zur Folge haben?

Bei vermehrtem Zuströmen von arteriellem Blute, activer Hyperämie, wird das Gehirn mehr Blut in seinen

Arterien enthalten, es wird sich expandiren auf Kosten der an seiner Peripherie lagernden Venen und Sinus und mittelst Verdrängung der Cerebrospinalflüssigkeit. In seiner Substanz wird das interstitielle Wasser verdrängt werden und durch die Venen abfliessen, die Hirnmasse wird bei der Section compacter, trockener erscheinen, ein pathologisch anatomischer Befund, der bekanntlich nicht selten ist, wenn anhaltende Congestivzustände Statt gefunden haben. Steigert sich der Blutandrang zu einer höheren Stufe, so müssen die an der Oberfläche des Hirns liegenden Venen comprimirt werden, durch die von der Basis ausgehende Schwellung, es wird Stase eintreten, Apoplexie, Sopor oder Lähmung, wobei in dem Gebiete der comprimirten Venen ein Austritt von Serum Statt findet (acutes Hirn- und Hirnhautödem, Apoplexia serosa).

Etwas anders gestaltet sich der Process, wenn die Hyperämie entzündlicher Art ist, alsdann lassen die Capillargefässe Blutserum oder Blutplasma durchschwitzen, es bilden sich die Exsudate der Pia mater: dabei bedarf es keiner allgemeinen Anschwellung des Gehirns. Bei geringerem Zuströmen des Blutes zum Kopfe wird sich etwa das Umgekehrte ereignen. Es wird mehr Cerebrospinalflüssigkeit zurückgehalten werden, die Venen und Sinus werden eine Zeit lang mehr Blut enthalten, im Gehirn selbst wird mehr Wasser zurückgehalten werden, das Gehirn füllt nicht mehr in strotzender Lebensfülle den Schädel, sondern trennt sich von demselben durch eine Zwischenlage von Serum unter der Arachnoidea. Bei Schwangeren, bei denen die Congestion vom Kopfe abgeleitet wird gegen andere Organe,

findet bekanntlich eine Raumverminderung des Schädels Statt durch Auflagerung neuer Knochensubstanz der Tabula vitrea, welche vermuthlich ihren Grund darin findet, dass der peripherische Blutdruck, welcher mittelst des Hirns auf die Innenfläche des Schädels ausgeübt wird, sich wesentlich vermindert hat.

Auf diese wechselnden Verhältnisse des Venen- und Arterienblutes, so wie des Wassergehaltes des Gehirns und der Menge der Cerebrospinalflüssigkeit haben Inspiration und Exspiration gewiss einen wesentlichen Einfluss. Bei jeder Inspiration muss, wenn der Zufluss arteriellen Blutes gering ist, das Austreten von Wasser befördert werden. Bei der Stauung des vom Gehirn abfliessenden Blutes durch die Exspiration hört dieses Verhältniss auf. Da das Zusammendrücken der Halsvenen besonders durch die Platysmamyoides verhindert ist, so muss die Inspirationsbewegung wie ein Saugwerk auf das venöse Hirnblut wirken. Ist nun der arterielle Zufluss gering, so muss Wasser austreten, wie dies vermuthlich der Hergang ist bei dem Hydrocephalus anämischer Kinder, welcher oft ohne alle Entzündung zu Stande kommt.

Obgleich die obigen Angaben in ihrem Detail manche Unrichtigkeiten enthalten mögen, so sind sie doch in ihren Hauptzügen durch die pathologische Anatomie längst festgestellt und es wird wohl Niemand in Abrede stellen, dass man dieselben auf die Lehre vom Hirndrucke anwenden müsse. Einige Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse von Seiten der pathologischen Anatomie wird ihre Bekanntschaft wesentlich fördern. Man sollte dabei vorläufig ganz abstrahiren von Leuten,

die an Hirnkrankheiten gestorben sind, sondern sich begnügen, den Einfluss zu studiren, welchen Blutentziehungen und ähnliche, oder entgegengesetzte Potenzen auf die Menge der Cerebrospinalflüssigkeit, auf das specifische Gewicht des Gehirns zeigen. Longet (Anatomie et Physiologie du systeme nerveux. Vol. I. pag. 779) sieht sich genöthigt anzuerkennen, dass das Gehirn während der Inspiration weniger Blut enthalten müsse, alsdann expandire sich die Hirnsubstanz; sie contrahire sich dagegen bei der Exspiration, weil dann das Gehirn mehr Blut halte. Longet schreibt also der Hirnsubstanz Elasticität zu, die sie vielleicht gar nicht besitzt. In Paris hätte er leicht Gelegenheit dies zu prüfen, wozu mir die Apparate fehlten.

Eine Untersuchung dieser Art, welche schwerlich jemals der Hirnsubstanz eine solche Elasticität vindiciren wird, um damit eine Erklärung der Möglichkeit der Hirnbewegungen zu geben, würde Herrn Longet vor dem folgenden Ausspruche pag. 780 bewahrt haben: „wenn das Gehirn sich nicht bewegt, wozu dient dann die Arachnoidea?“ Ich antworte darauf: sie ist ein Ueberbleibsel eines transitorischen Zustandes, welcher der frühesten Lebenszeit angehört, wo diese Membran allerdings mit den Hirnbewegungen in Verbindung steht. Aber, wird man sagen, warum bleibt die Arachnoidea? Ich weiss es nicht.

Dieser Ausspruch erinnert an Magendie's Worte, er wisse nicht, wozu der Nervus olfactorius diene, als er den Quintus zum Riechnerven gemacht hatte. Mich deucht, ein flüchtiger Blick auf die Gestalt des Gehirns muss schon lehren, dass dieses Organ seinen eigenthüm-

lichen Bau der Nothwendigkeit, nicht bloss totaler, sondern auch partieller Schwellung und Abschwellung verdanke, wobei die Friction, welche damit verbunden sein muss, die Anwesenheit einer Serosa unerlässlich macht.

Man könnte eben so gut sagen, ein Fisch könne sich nicht bewegen in einer vollen geschlossenen Flasche, als dass das Gehirn sich nicht in der Cerebrospinalflüssigkeit bewegen könne, so lange der Schädel kein Loch habe!

Es ist wohl in der That klar genug, dass eine plötzliche Raumverminderung der Schädelhöhle sehr verschieden wirken müsse in folgenden Fällen:

1) bei normalen Circulationsverhältnissen;
2) bei activer Hyperämie;
3) bei Hirnanämie.

In so fern man weder einem Thiere noch einem Menschen eine Schädeldepression beibringen kann, ohne sofort die Circulation zu verändern, so lässt sich der erste Fall niemals rein beobachten, und wir müssen die Beobachtungen von früher geöffneten Schädeln zu Hülfe nehmen, um den Einfluss des Druckes bei normaler Circulation kennen zu lernen. Dies kann am bequemsten an Leuten geschehen, die durch syphilitische Nekrose ein Loch im Schädel erhalten haben, wie man sie oft Monate lang beobachten kann, während ihre Hirnfunctionen völlig normal sind. Die Dura mater hat sich in diesen Fällen in grösserem oder geringerem Umfange von dem Schädel getrennt und giebt durch ihr geringeres oder grösseres Zurückweichen den Grad der Blutfülle des Gehirns an. Wenn man bei solchen

Personen den Kopf in verschiedenen Richtungen abhängig halten lässt, oder den Eiter mit einer Spritze auszieht, kommen mitunter beträchtliche Quantitäten zum Vorschein, welche unter dem Schädel verborgen lagen. Es ergiebt sich aus der Beobachtung solcher Fälle, dass das Gehirn sich dem Schädel in sehr verschiedenem Grade nähern oder von demselben entfernen kann, ohne dass Hirnzufälle, Kopfschmerz oder Eingenommenheit des Kopfes entständen, selbst wenn durch den Verband der Abfluss des Secrets gehemmt wird. Ganz ähnliche Beobachtungen, wenn auch minder auffallende, kann man bei Kindern mit offenen Fontanellen machen, die sich vollkommen wohl befinden können, sowohl wenn die Fontanellen gespannt, als auch wenn sie schlaff sind. Es giebt also gewisse Breitegrade in der Hirnschwellung, innerhalb welcher das Gehirn seinen Functionen nachkommen kann. Ueberträgt man dies, was unter unseren Augen vorgeht, bei der Anspannung der Fontanellen oder der Zurückhaltung des Eiters in nekrotischen Löchern, auf die Zustände bei geschlossenem Schädel, so muss man die Erscheinungen natürlich reduciren auf das relative, quantitative Verhältniss im arteriellen und venösen Blute und Wasser.

Allem Anscheine nach giebt es also schon innerhalb der Gränzen der normalen Hirncirculation Fälle, in denen eine nicht bedeutende Verengung der Schädelhöhle ohne Nachtheile für die Functionen des Hirns bleibt. Bei krankhaft erhöhter Blutzufuhr zum Gehirn ist das Verhältniss ganz anders, das expandirte Gehirn wird gegen die Schädelwunde angedrängt und muss durch geringe Verengerung der Schädelhöhle schon in

seinen Functionen beeinträchtigt werden. Vor vielen Jahren sah ich einmal eine Trepanation bei einem Kinde, welches eine kleine Schädeldepression erlitten hatte, die soporösen und paralytischen Erscheinungen, welche nach einigen Tagen eingetreten waren, wurden für Folge der Schädelverengung gehalten. Nach Aussägung des Knochenstückes drängte sich die Dura mater so in die Oeffnung, dass sie das Niveau der äusseren Tafel erreichte. Der Operateur glaubte, es läge ein Blutextravasat darunter und öffnete die Dura mater durch einen Kreuzschnitt; es war aber kein Blutgerinnsel darunter, sondern nur das expandirte Gehirn, welches sich in die Wunde gedrängt hatte. Beim Auflegen des Fingers fühlte man mit wie grosser Gewalt dies geschehe, man konnte das Gehirn nicht unter das Niveau der inneren Tafel zurückdrängen.

Bei vermindertem Blutdrucke weicht das Gehirn, wie die Sectionen abgemagerter, anämischer Personen zeigen, von den Schädelwandungen zurück, indem dasselbe sich mit austretendem Serum umgiebt und so würden deprimirte Knochenstücke nur einen geringen Einfluss auf die Hirnfunction ausüben.

Auf diesem physiologischen Verhalten, welches allerdings durch Vivisectionen und genaue Untersuchungen über Wassergehalt und specifisches Gewicht des Gehirns, unter verschiedenem Blutdrucke, weiter aufgehellt zu werden verdiente, beruht der Nutzen der empirisch gefundenen, glücklichen Heilmethode vieler Schädeldepressionen. Der Arzt sorgt durch seine Antiphlogose für einen hinreichend geringen Grad von Hirnschwellung, damit dasselbe nicht stark gegen die deprimirte

Stelle angedrängt werde. Bleibt das deprimirte Schädelstück in seiner Lage, so bringt der, längere Zeit fortgesetzte, gelinde Druck eine Atrophie des betreffenden Hirntheiles zu Stande.

Bei der Mehrzahl der violenten Kopfverletzungen sind anfangs Zufälle von Hirnerschütterung, d. h. verminderter Herzthätigkeit, vorhanden, und in der That, es sind schon so viele schwere Kopfverletzungen ohne ärztliche Hülfe geheilt, dass man wohl behaupten möchte, es gehöre oft nichts weiter dazu, als die Natur ungestört walten zu lassen, und nur alles das zu vermeiden, was die Circulation beschleunigen kann. Für alle Fälle dürfte dies jedoch nicht passen, weil die durch Hirnerschütterung eingetretene Schwäche des Kreislaufes nicht lange genug dauert, um die scharfen Kanten niedergedrückter Knochenstücke durch Resorption abzurunden und den gedrückten Hirntheil atrophisch zu machen.

Es wäre hier wohl noch die Frage aufzuwerfen, worin besteht denn wohl die Wirkung eines Druckes auf das Gehirn, wenn derselbe nicht so weit getrieben wird, dass es dessen Masse zerbricht. Astley Cooper trepanirte einen erwachsenen Hund und comprimirte durch die gemachte Oeffnung das Gehirn. Im Anfange schien das Thier nichts zu fühlen, bei stärkerem Drucke bekam es Schmerzen und wollte entfliehen. Bei weiterer Verstärkung des Druckes wurde es betäubt und fiel um. Man setzte den Druck 5—6 Minuten fort, als dann der Finger entfernt wurde, kam das Thier wieder zu sich, lief bald wie vorher umher und schien von der Operation nicht besonders angegriffen. Es giebt also einen Grad von Hirndruck, bei dem Bewusstsein und

willkührliche Bewegung erlischt, durch welchen das Gehirn aber nicht so desorganisirt wird, dass beim Aufhören desselben nicht seine Functionen sofort wieder anfingen. Nach meiner Ansicht kann man die Wirkungen des Druckes auf das vermuthlich gar nicht elastische Gehirn auf zwei Potenzen zurückführen, Verdrängen von Blut innerhalb der Gefässe und Störung in dem Abflusse desselben, so wie Spannung seiner Fasern, die dabei vermuthlich eine interstitielle Diastase ihrer Molecüle erleiden. Beides muss dazu dienen, die Functionen der gedrückten Hirnpartie zu unterbrechen.

Unter den oben angeführten Ursachen der Raumverminderung der Schädelhöhle sind die wichtigsten die Blutergiessungen, die Blutcongestionen, die entzündlichen Exsudate und die niedergedrückten Knochen. Von den fremden Körpern lässt sich wenig sagen, da sie nicht ohne grosse Verletzungen der verschiedensten Theile in die Schädelhöhle eindringen können.

Die Blutergüsse innerhalb des Schädels, welche in der Civilpraxis eine so grosse Rolle spielen, kommen bei den Schusswunden viel weniger in Betracht, wenigstens bei denen, welche Gegenstand der Heilkunst sind. Von denen, welche in den Kopf geschossen, todt auf dem Schlachtfelde liegen bleiben, sterben gewiss viele an der inneren Blutung. Bei einigen schon auf dem Transport oder bald nach ihrer Ankunft im Lazareth Gestorbenen, deren Schädel wir öffneten, konnte die Menge des in denselben ergossenen Blutes als die nächste Ursache ihres Todes angesehen werden, während bei anderen so schwer Getroffenen, welche nicht weit transportirt waren, der Tod erst in der Congestiv-

Periode eintrat und der inneren Blutung nicht zugeschrieben werden konnte. Ich habe schon früher bemerkt, dass der Transport den Tod der schweren Kopfverletzten, denen das Projectil und Schädelstücke im Gehirn steckten, sehr zu beschleunigen schiene. In einem Falle nach der Schlacht bei Fridericia sah ich bei der Abnahme des Verbandes eines so eben vom Wagen gehobenen, von einer Kartätsche in den Kopf geschossenen, eine sehr heftige arterielle Blutung aus dem Gehirne, die aber doch bald aufhörte, als der Patient zu Bette gebracht war und kalte Umschläge bekam. Er lebte noch 48 Stunden. Doch sind dies sämmtlich Fälle, die ausserhalb des Bereiches der Heilkunst liegen.

Bei den Flintenschüssen mit Depression ist man selten in Versuchung, die vorhandenen Erscheinungen einem Blutergusse zuzuschreiben, wenn man im geringsten mit dessen Vorkommen und Erscheinungen bekannt ist. Wer diese nicht kennt, kommt freilich in den Fall, die Druckerscheinungen in der Congestivperiode damit zu verwechseln. Da die traumatischen Blutergüsse innerhalb des Schädels dieselben Symptome erzeugen, wie blutige Apoplexien, so sollte kein Arzt über deren Zufälle im Ungewissen sein; die Schwierigkeit ihrer Diagnose bei Kopfverletzungen besteht aber in ihrer Absonderung von den übrigen Zufällen, welche die Erschütterung und Verwundung des Gehirns herbeiführen kann. Glücklicher Weise sind mit den begränzten Quetschungen und Zerreissungen der Hirnmasse, welche durch Flintenkugeln, die nicht in die Hirnmasse eingedrungen sind, hervorgebracht werden, gewöhnlich keine schnell eintretende Kopfzufälle verbunden, diese treten

erst in der Congestivperiode ein und fallen mit den Wirkungen der Hirncongestion um so mehr zusammen, weil sie theils das ganze Gehirn, theils dessen eine Seitenhälfte mehr oder weniger in Anspruch nehmen, also von der Reaction abhängig sind, welche eine Hirnverletzung erregt und nicht direct von dieser allein. Diese Hirnverletzungen, welche nur aus der Art der Verletzung, der Tiefe, bis zu welcher fremde Körper oder die Hirnschale in die Schädelhöhle eingedrungen sind, berechnet werden, können daher bei Aufstellung therapeutischer Indicationen ganz bei Seite gestellt werden, da sie nur auf die Prognose Einfluss haben. Es handelt sich hier also vorzüglich um die Unterscheidung von Hirnerschütterung und Hirndruck durch innere Blutung. Diese sind im Allgemeinen bekannt genug, die Zufälle der Hirnerschütterung treten sofort nach empfangener Verletzung ein, die Zufälle einer inneren Kopfblutung oft erst später. Ein Reiter ist z. B. von seinem Pferde gestürzt, hat sich von einer leichten Betäubung schnell wieder erholt, reitet zu Hause, legt sich zu Bett und stirbt nach einigen Stunden. Bei der Section findet man vielleicht einen Schädelriss und ein grosses Blutextravasat, welches den schnellen Tod zur Folge hatte. Die durch Erschütterung hervorgebrachte Schwächung des Kreislaufes hatte das Entstehen der inneren Blutung verzögert. Bei den Zufällen des Hirndruckes sind die Symptome desselben denen der Hirnerschütterung zum grossen Theile diametral entgegengesetzt, bei Hirnerschütterung Blässe des Gesichtes, kleiner, schwacher Puls, sanfte Respiration, verengte oder nicht wesentlich veränderte Pupillen, nachdem der

heftigste Eindruck vorüber war, allmähliche Abnahme der Erscheinungen, welche gleich nach der Verletzung den höchsten Grad zeigten; bei Hirndruck rothes Gesicht, voller langsamer Puls, schnarchende Respiration, erweiterte Pupillen, allmählich zunehmende Symptome, Lähmung in gekreuzter Richtung, so dass die Verletzung an der einen, die Lähmung an der anderen Seite Statt findet. Das Bewusstsein ist in beiden Zuständen in verschiedenem Grade getrübt.

Die Erscheinungen im congestiven Stadio der Kopfverletzungen stimmen auf ihrer Höhe ganz mit denen der inneren Blutung überein, da sie jedoch im Allgemeinen sich langsamer entwickeln und erst in Stunden oder Tagen ihre volle Höhe zu erreichen pflegen, so sind sie bei fortwährender Beobachtung des Falles nicht mit Blutergiessungen im Schädel zu verwechseln. Ohne die Anamnese zu kennen, ist Täuschung kaum zu vermeiden. Es muss hier daran erinnert werden, dass auch die sämmtlichen Erscheinungen des blutigen Schlagflusses häufig vorkommen, ohne dass es zur Bildung eines Blutextravasates gekommen wäre. Schon innerhalb seiner Gefässe kann der Druck des Blutes die Hirnfunctionen theilweise oder ganz aufheben. Bei vielen blutigen Apoplexien, welche tödtlich verlaufen, ist es kaum zweifelhaft, ob der Tod den kleinen Blutextravasaten oder vielmehr der grossen Hyperämie zuzuschreiben sei.

Ich muss übrigens hier bemerken, dass mir keine Fälle von Schusswunden des Kopfes vorgekommen sind, in denen ich Ursache gehabt hätte, die entstandenen Zufälle einer inneren Blutung zuzuschreiben. Dr. Beck

erzählt (Schusswunden, pag. 128) einen interessanten Fall von einem Officier, der am Hinterhaupte eine Schussfractur hatte, die er so wenig achtete, dass Dr. Beck ihn den vierten Tag nach erhaltener Wunde bei einem Diner traf, wo er nach Belieben ass und trank. Er starb am anderen Morgen plötzlich, nachdem er kurz vorher in der Nacht noch Briefe geschrieben hatte. Ausser der Schussfractur des Hinterhauptbeins fand sich ein grosses Blutextravasat in der Schädelhöhle.

Die Tiefe, bis zu welcher die Fragmente niedergedrückt sein können, beträgt in den schlimmen Fällen oft $^1/_2$ Zoll, um den die äussere Tafel tiefer steht, als ihr stehengebliebener Theil; immerhin schon eine bedeutende Tiefe! Depressionen solcher Art habe ich öfter ohne alle Erscheinungen von Lähmung oder gestörter Geistesfunction gesehen, was man bei den im Frieden vorkommenden Schädeldepressionen nicht so häufig sieht und für die Natur der Kopfschüsse mit Depression bedeutungsvoll ist. Sie entstehen durch eine schnell wirkende Gewalt, welche dem Schädel nicht Zeit lässt, seine Elasticität geltend zu machen, sondern ihn sofort an der getroffenen Stelle zerbricht. Weniger rasch wirkende Gewalten, ein Fall, ein Schlag mit einem breiten Körper, biegen den Schädel, ehe sie ihn brechen, contundiren auf solche Art das Gehirn, lösen an der eingebogenen Stelle die Dura mater vom Schädel und die dadurch zwischen beiden entstehende Lücke füllt sich mit Blut. Deshalb muss bei solchen Kopfverletzungen die Raumverminderung der Schädelhöhle beträchtlicher sein. Wirkt der Schlag aber, wie der eines rasch geschwungenen Hammers, mit grosser Gewalt auf eine

kleine Stelle, so ist die entstehende Depression der Kugelwirkung sehr ähnlich und ihr augenblicklicher Einfluss auf die Hirnfunctionen ist, abgesehen von der Hirnerschütterung, anfangs sehr unbedeutend. Nur in einem einzigen Falle sah ich von einer Depression des linken Seitenwandbeins durch ein Bombenstück eine sofortige vollständige Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte, während die linke Gesichtshälfte von beständigen lebhaften Zuckungen bewegt und das Bewusstsein völlig aufgehoben war. Die Circulation war vollständig entwickelt und Congestion gegen den Kopf nicht zu verkennen. In diesem Falle war die Depression ungewöhnlich tief, ein $^3/_4$ Zoll hohes Fragment hatte sich vertical zur inneren Tafel gestellt und verhinderte die Erhebung der anderen schräg niedergedrückten Fragmente. Die Depression betrug also mindestens einen Zoll auf einer Ausdehnung von etwa zwei Quadratzoll. Nach Entfernung des senkrecht stehenden Stückes, welche leider erst am dritten Tage vorgenommen wurde, erhoben sich durch die Expansion des Gehirns die übrigen Fragmente um ein Bedeutendes, dies brachte jedoch eben so wenig, wie einige Aderlässen, eine Veränderung des Zustandes hervor, der Tod erfolgte am fünften Tage. Die Section konnte leider nicht gemacht werden, da die Angehörigen die Leiche mit sich fortführten. Bei der ersten Untersuchung hatte man etwas Gehirn auf der Uniform des Verwundeten bemerkt. In den meisten Fällen waren die durch Schädeldepressionen hervorgebrachten Lähmungen unvollständig und stiegen und fielen mit den eintretenden und wieder beseitigten Congestivzuständen. Aehnliche Beobachtungen sind längst

auch bei den im Frieden vorkommenden Schädeldepressionen gemacht worden, man hat oft sehr bedeutende ohne Lähmungen und Bewusstlosigkeit gesehen, offenbar jedoch hat man diesen Fällen nicht die gehörige Bedeutsamkeit eingeräumt, da sie doch unwiderleglich beweisen, dass Bewusstlosigkeit und Lähmungen nicht die nothwendige Folge einer Schädeldepression sein müssen. Wie tief die Depression gehen müsse, um diese Wirkung sicher hervorzubringen, ist bis jetzt nicht anzugeben und wird auch wohl immer nur approximativ bestimmt werden können, da eine Schädeldepression nur dann solche Zufälle hervorbringen wird, wenn das Gehirn durch seine Blutfülle dagegen angepresst wird. Es müssen deshalb in den Wirkungen der Schädeldepressionen die allergrössten Verschiedenheiten vorkommen. Eine constante Wirkung der Schädeldepressionen lässt sich indess wohl bezeichnen, die mehr oder minder grosse Affection des Sensoriums im Ganzen, von einer leichten Eingenommenheit des Kopfes an, bis zur völligen Bewusstlosigkeit. Wenn diese Eingenommenheit des Kopfes, diese Neigung zum Schwindel sich auch zeitweise verlieren, so kehren sie doch bis zur vollständigen Heilung der Wunde und wohl noch später bei Aufregung des Gefässsystemes wieder zurück und dienen dem Arzte und dem Kranken zur Warnung. Ausserdem unterhalten die deprimirten Knochenstücke einen mehr oder weniger bemerklichen Schmerz an der deprimirten Stelle, der vermuthlich den Aesten des fünften Paares zugeschrieben werden muss, welche die Dura mater besitzt. Mit der allmählichen Abstossung und Abrundung der Fragmente verschwindet dieser

Schmerz, der in den meisten Fällen so gering ist, dass die Verwundeten ihn erst angeben, wenn sie darüber befragt werden. Durch diesen localen Schmerz braucht man sich nicht sehr beunruhigen zu lassen, er ist dem gewöhnlichen Wundschmerze gleich zu achten, welcher keine besondere Indicationen veranlasst.

Congestive und entzündliche Reaction.

Nicht ohne guten Grund trenne ich schon in der Ueberschrift die congestive und die entzündliche Reaction, obgleich diese so oft ineinander übergehen. Es gelingt nämlich einem aufmerksamen Verfahren sehr oft schon in der Congestivperiode der Reaction die Spitze abzubrechen und den ganzen Process der Heilung auf die, in der Wunde selbst, nothwendige Entzündung zu beschränken, ohne dass dieselbe sich weiter verbreitet und fieberhafte Kopfzufälle erregt. Ruhe, Diät, kalte Umschläge und eine zur rechten Zeit angestellte Aderlässe sind dazu die geeigneten Mittel, in deren Wahl wir durch die Wichtigkeit der Verletzung und die Constitution des Kranken geleitet werden. Dieser Grundsatz wurde früher für die ganze Chirurgie der Wunden als durchgreifend angesehen, nur die liederliche Therapie unserer Zeit versucht es ihn zu erschüttern. Wer daran nicht glaubt, möge sich doch ja nicht mit Augenoperationen befassen, bei denen es, wenn man nicht mit blutleeren Patienten zu thun hat, ganz darauf ankommt, schon in der Congestivperiode der allgemeinen Reaction des verwundeten Auges zuvorzukommen. Da ich bei den verschiedensten Verwundungen demselben

Grundsatze huldige, so zeigt das meinen Patienten entzogene Blut fast nie eine Speckhaut. Nur bei Organen von geringerer Dignität kann man es darauf ankommen lassen, ob die Reaction in der Congestivperiode ohne Blutentziehung aufhöre, oder zur Entzündung sich steigere; bei allen edlen Organen, wie Auge und Hirn, kann man dies nicht verantworten. Aber in dieser Beziehung predigt man jetzt tauben Ohren.

Die Organe, in denen bei Kopfverletzungen die congestiven und entzündlichen Erscheinungen auftreten, sind die Schädelbedeckungen, der Schädel und das Gehirn mit seinen Häuten. Es hat wohl keinen practischen Nutzen in der Localisation der entzündlichen Erscheinungen, viel weiter zu gehen, um von einer Entzündung der Haut, des Zellgewebes, der Galea, des Pericranii, der Dura mater, der Arachnoidea etc. zu reden, da die Analyse der Symptome im Leben eine solche Spaltung nicht begünstigt. Wenn man z. B. das exanthematische Erysipelas als Dermatitis betrachten will, so ergiebt sich bei näherer Betrachtung sogleich, dass die entzündlichen Exsudate im Zellgewebe erscheinen und dass das Gehirn an dem Processe sehr häufig einen wesentlichen Antheil nimmt. Wesentlich nützlich ist jedoch die Eintheilung nach dem Charakter der entzündlichen Exsudate in erysipelatöse und phlegmonöse. Bei der erysipelatösen Entzündung sind die Exsudate vorwaltend serös, bei phlegmonösen fibrinös, purulent.

Traumatische Kopfrose.

Erysipelatöse Entzündungen kamen bei unseren Kopfverletzten sehr selten zum Vorschein und waren

dann meistens die Folge einer Beunruhigung der Wunde durch Dilatationen, frühzeitige Extraction von Splittern, in einigen Fällen durch Erkältungen oder Indigestion. Sie hatten fast immer die gewöhnlichen Erscheinungen der Kopfrose von mässiger Intensität, die schon vorhandenen Kopfzufälle wurden dadurch temporär gesteigert, im Uebrigen schienen sie keinen nachtheiligen Einfluss auf den Verlauf des Falles auszuüben. Nach Erkältungen entstanden, verläuft diese seröse Entzündung oft mit geringer Hautröthe, mehr als acutes Oedem. Bei der letzten Art wurde ein diaphoretisches Verhalten angewendet, bei dem gastrischen Erysipel Abführungsmittel. Tritt dieses zu einer Zeit auf, in welcher noch Hirndruckerscheinungen, als Folge der Verletzung, Statt fanden, so wurden die kalten Umschläge fortgesetzt.

Traumatische Phlegmone der Schädelbedeckungen.

Phlegmonöse Entzündungen der Schädelbedeckungen gehörten ebenfalls zu den seltenen Erscheinungen. Durch das antiphlogistische Regime wurde die schon eingetretene Geschwulst der weichen Theile bald beträchtlich vermindert und ausgebreitete Eiterbildungen kamen fast gar nicht vor. In einigen wenigen Fällen war im weiteren Verlaufe nach Beseitigung aller Druckerscheinungen die Anwendung von Cataplasmen erforderlich, um feste Anschwellung der Umgegend der Kopfwunde zur Schmelzung zu bringen. Sie wirkten sehr wohlthätig.

Ostitis cranii traumatica.

Nach Contusionen und Wunden des Schädels und seiner Bedeckungen entzündet sich meistens der Schädel an der getroffenen Stelle bis zu einem gewissen Umkreise. Man sieht dies deutlich genug an den Schädeln frühzeitig nach Kopfverletzungen Verstorbener und auch an den Schädeln derjenigen, welche lange nach glücklicher Heilung einer Schädelwunde aus anderen Ursachen zu Grunde gingen. Bei den in der congestiven und entzündlichen Periode Gestorbenen findet man das Pericranium weniger fest adhärent, die Gefässe des Schädels sehr erweitert, die Diploë mit extravasirtem Blute und blutigem Serum erfüllt. In der Eiterungsperiode findet man das Pericranium in gewissem Umkreise abgelöst, die Dura mater ebenfalls vom Schädel durch eitriges Exsudat getrennt. Die Diploë ist mit gelbgrünlicher Jauche angefüllt, ihre Sägespäne entwickeln einen abscheulichen Gestank. Der macerirte Knochen zeigt die Gefässcanäle noch mehr erweitert, als bei denen, welche vor dem Eintritte der Eiterung sterben. Jeder macerirte Schädel eines Menschen, der in früherer Zeit eine Schädelverletzung glücklich überstand, zeigt die Spuren der dagewesenen Knochenentzündung durch die Rauhigkeiten, welche er durch neue Auflagerungen erhalten hat und durch Sclerose, welche bis zum Verschwinden der Diploë fortgeschritten sein kann. Diese Veränderungen betreffen vorzüglich die äussere Tafel, die innere gewöhnlich in einer geringen Ausbreitung. Bei leicht und glücklich verlaufenden Schädelwunden verläuft der entzündliche Process im

Knochen ohne merkliche allgemeine Zufälle und mit gar keiner oder geringer Nekrosirung der entblössten oder verletzten Schädeltheile, welche sich oft auf eine Exfoliatio insensibilis beschränkt. Auch grosse nekrotische Verlüste des Schädels kommen oft mit sehr geringer Lebensgefahr zu Stande, wenn sie das Resultat einer nicht zu lebhaften, reinen Entzündung nach vorhergegangener Verletzung waren. Eine hohe Lebensgefahr bedingen vorzüglich die acuten, ein jauchiges Exsudat setzenden Schädelentzündungen, welche nach Kopfverletzungen in der Civilpraxis im Ganzen wohl häufiger sind, als in der Feldpraxis, wo man es mit gesunden jungen Leuten zu thun hat, welche bis zu ihrer vollständigen Heilung in Hospitälern aufmerksam verpflegt werden. Man braucht nur die einschlägigen Beobachtungen von Pott zu lesen, um sich zu überzeugen, dass Erkältungen, Diätfehler, Gemüthsbewegungen, bei heruntergekommener Constitution, den Grund zu diesen ichorösen Schädelentzündungen legen. Leute mit leichten Kopfverletzungen verlassen die Spitäler, nachdem sie sich von der Wirkung der Hirnerschütterung erholt haben, zum Theil mit ungeheilten Wunden und kommen nach 8 oder 14 Tagen mit gefährlichen Zufällen wieder. Die getroffene Stelle ist teigig aufgeschwollen, schmerzhaft, eine vorhandene Wunde ist trocken geworden oder giebt Jauche, zeigt livide schlaffe Granulationen, Frostanfälle, Zufälle von Hirnreizung oder Hirndruck sind zugegen. Bei einem Einschnitte findet man das Pericranium vom Schädel abgelöst, den Schädel missfarbig, nach der Trepanation zeigt sich Eiter zwischen Schädel und der missfarbigen Dura mater.

In der Regel erfolgt der Tod unter steigenden Hirnzufällen. Man fasste diesen Zustand meistens als Entzündung der Dura mater auf, weil in den tödtlichen Fällen eine purulente Menyngitis sich unter der Dura mater zu verbreiten pflegt. Ich halte es für practischer, in diesen Fällen mehr die Ostitis ins Auge zu fassen, weil sie mit der vorhergegangenen Verletzung und deren constanten Folgen in genauem Zusammenhange steht, der Unterschied besteht nur in der acuteren Form und dem jauchigen Exsudate. Sie gehört in die Reihe der übrigen perniciösen Knochenentzündungen, wie sie an allen Theilen des Skelets mit oder ohne vorhergegangene Verletzung vorkommen, am häufigsten durch Erkältung herbeigeführt. Sie ist nicht von vorn herein als pyämischer Process aufzufassen, kann diesen aber nach sich ziehen. Man muss hier fragen, wodurch werden diese gewöhnlichen purulenten Knochenentzündungen herbeigeführt? Es ist offenbar am besten, zunächst einmal von den Schädelverletzungen abzusehen, um nicht nöthig zu haben, sogleich mit auf das Gehirn Rücksicht zu nehmen, dessen bedenkliche Nachbarschaft die Auffassung des Krankheitsbildes erschwert. Auch an den übrigen Theilen des Skelets sind die mechanischen Veranlassungen perniciöser Knochenentzündungen oft so unbedeutend, dass man bei weitem grösseren Werth auf die dabei Statt gefundene Erkältung oder die Beschaffenheit der Constitution legen muss. Bei dem grösstentheils entblösst getragenen Schädel, an dessen verletzter Stelle die Haare ohnehin abgeschnitten zu werden pflegen, können Erkältungen um so leichter einwirken. Aus demselben Grunde sind ver-

muthlich Nekrosen der Phalangen durch Panaritien so häufig.

Die inneren Veränderungen, welche der Schädel an der getroffenen Stelle durch contundirende Gewalt erleidet, kann ich, nach zahlreichen Untersuchungen anderer Theile des Skelets, welche von Kugeln getroffen, der Untersuchung durch die Amputation oder Resection im frischen Zustande zugängig wurden, dahin bestimmen, dass sie, selbst wenn kein merklicher Eindruck zurückgeblieben ist, eine Blutergiessung in der Diploë erlitten haben, welche interstitielle Läsionen andeutet. Durchsägt man einen von einer Kugel getroffenen Knochen, so findet man immer eine blaue Stelle in der Medullarsubstanz, welche sich in einem gerötheten Umkreise allmählich verliert. Diese gequetschte Stelle kehrt, wie zahlreiche Fälle von Prellschüssen der Tibia oder des Brustbeines mich gelehrt haben, bei gutem Verhalten bald zum normalen Zustande zurück; unter ungünstigen Umständen, beim Eintreten heftiger Entzündung muss die Blutergiessung in der Diploë zur raschen Unterbrechung des Kreislaufes in dem betreffenden Schädelstücke führen, deren nothwendige Folge ein Absterben desselben ist. Auf ähnliche Weise sehen wir stark gequetschte, mit Blut unterlaufene Theile brandig absterben, selbst solche gehen dann leicht mit in Brand über, welche nicht direct von der Quetschung betroffen wurden und anfangs keine Farbenveränderung zeigten. Daher die Gefahr des Brandes der Hautlappen, wenn man zu nahe an einem durch eine Kanonenkugel oder andere quetschende Gewalt zerschmetterten Theile amputirt.

Der heftige Frostanfall bezeichnet vermuthlich den Zeitpunct, in welchem ein Theil des sich zersetzenden Inhaltes der Diploë in das Blut übergegangen ist; auf ähnliche Art bezeichnet sich ja so oft das Brandigwerden eines kleinen Hautstückes durch Frost und grosse Prostration der Kräfte, selbst wenn die Ursachen des Brandes ganz locale waren, z. B. die zu grosse Isolirung eines Hautlappens von seinen ernährenden Gefässen. Ich habe diese heftigen Allgemein-Erscheinungen schon oft, bei so geringen Hautverlusten durch Brand, entstehen und schnell vorübergehen sehen, dass ich nicht daran zweifle, dass dabei eine weitergehende Blutvergiftung durch faule Stoffe zu Grunde liege.

Betrachtungen wie die vorhergehenden hat man, so viel mir bekannt ist, in Betreff der Kopfverletzten noch nicht angestellt, obgleich sie hier sehr nahe liegen, denn theils ist das Resultat einer purulenten Schädelentzündung immer Nekrose, wie dies der Anblick des Schädels an der Leiche ergiebt, an welchem sich die Gränzen der lebenden und der todten Schädelstücke deutlich markiren, theils ist der Tod am häufigsten durch Pyämie begründet. An der frischen Leiche erkennt man die Gränze des todten Knochens an der Blutleere des entfärbten, gelblich grünlichen Stückes, welches in seinem Innern jauchige Flüssigkeiten enthält; am macerirten Knochen zeigt das rasch abgestorbene Schädelstück eine völlig glatte Rinde, die Umgegend erscheint etwas weniger glatt und markirt dadurch die anfangende, durch den Tod unterbrochene, Demarcation.

Uebersteht der Patient den septischen Infectionsprocess und tödtet ihn nicht die zu weit über das

Gehirn ausstrahlende Demarcations-Entzündung, so trennt sich meistens erst nach Monaten das nekrotisch gewordene Schädelstück. Falsche theoretische Ansichten haben immer falsche therapeutische Massregeln zur Folge. Betrachtet man den betreffenden Process als Entzündung der Dura mater mit Eiterbildung, so weiss man eben nichts weiter als die Trepanation dagegen anzurathen, um den Eiter zu entleeren, während man gegen eine acute Ostitis sich mit einem freien Einschnitte begnügen wird, wie bei Ostitis anderer Theile des Skelets. Es fällt doch Niemandem von uns ein, bei acuter Entzündung der Tibia dem Einschnitte noch die Trepanation bis in die Markhöhle hinzuzufügen, obgleich auch diese Eiter enthält, wie ich in Fällen gesehen habe, wo die Fortschritte der acuten Nekrose in das Kniegelenk zur Amputation zwangen.

Es ist um so mehr Ursache vorhanden, sich mit einem Einschnitte bei den Schädelknochen zu begnügen, weil die entzündliche Reaction an der äusseren Tafel immer bedeutender ist, als an der inneren.

Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert der Eintritt septischer Flüssigkeiten der Diploë in das Venensystem des Kopfes. Die Venen der Schädelbedeckungen stehen mit dem Venensystem der Diploë und durch dieses mit den Venen und Sinus der Dura mater in directer Verbindung und zwar nicht bloss durch die bekannten Emissaria Santorini, welche directe kurze Verbindungscanäle zwischen den Sinus durae matris und den äusseren Kopfvenen bilden. Der Zweck dieser Verbindungswege ist offenbar ein doppelter; bei starkem Blutandrange gegen den Kopf dienen sie als Abzugscanäle des Blutes der

Dura mater in die äusseren Schädelvenen, welche durch ihre Lage nicht verhindert sind, sich den Umständen nach zu erweitern. Bei geringer Blutfülle des Hirns wird ein Theil des Blutes der Kopfbedeckungen dazu dienen, die Sinus gefüllt zu erhalten, weil innerhalb des unverletzten Schädels kein Vacuum entstehen kann. Bei alten Leuten, wo die Blutzufuhr zum Gehirn nachlässt, verschliessen sich die Emissaria gewöhnlich.

Aeusserst lehrreich für diese doppelte Richtung, welche den Umständen nach die Blutbewegung in den Venen der Diploë hat, sind die merkwürdigen Blutsäcke des Schädels, welche von Hecker, Dufour und mir beschrieben worden sind, von denen ich bereits drei Fälle gesehen habe. Nach Schädelverletzungen ohne äussere Wunde bildet sich ein mit flüssigem Blute gefüllter Sack auf dem Schädel, welcher nur dann anschwillt, wenn Congestion gegen den Kopf Statt findet, oder wenn der Rückfluss des Venenblutes gehindert wird, z. B. durch verlängerte Exspiration, oder durch Druck auf die Vena jugularis interna der entsprechenden Seite. Unter solchen Umständen schwillt der Sack zu einer prallen bläulichen Geschwulst an, welche sofort wieder verschwindet, wenn die Bedingungen ihrer Anfüllung aufhören, und zwar beträchtlich schneller, als sie sich gebildet hat. An der Stelle, wo die Geschwulst liegt, ist die Oberfläche des Schädels rauh und offenbar mangelhaft entwickelt. Mit den äusseren Kopfvenen scheinen mir diese Blutsäcke wenig Verbindung zu haben, indem sie durch keinerlei Compression der umgebenden Weichgebilde zum Anschwellen gebracht

werden können, auch wird dadurch das Zusammenfallen der künstlich zum Anschwellen gebrachten Geschwulst nicht verhindert. In dem letzten Falle dieser Art, den ich gesehen und in der deutschen Klinik beschrieben habe, lag die Geschwulst so auf der rechten Seitenhälfte des Stirnbeins, dass sich auch ein circulärer Druck sehr gut anbringen liess. Er hatte auf die Füllung des Sackes nicht den mindesten Einfluss. Der Abfluss geschah also durch die diploëtischen Venen. Aus der rauhen Beschaffenheit des entsprechenden Schädelstückes vermuthe ich, dass diese Säcke sich durch mechanische Abtrennung des Pericranii bilden, wodurch ein Sack entsteht, der sich wegen der absonderlichen Weite der genannten Emissarien mit Leichtigkeit des eingedrungenen Blutes wieder entledigen konnte, aber durch periodisch wiederkehrende Veranlassungen von Zeit zu Zeit wieder füllt. Man könnte sich z. B. denken, dass ein Kind mit einer durch einen Fall entstandenen Abtrennung des Pericranii und Zerreissung eines Emissarii am Keuchhusten leide, dass bei jedesmaligem Anfalle der Sack sich fülle und nachher sich wieder entleere, so würde es nicht auffallend sein, dass die Bildung eines bleibenden Sackes zu Stande komme, indem es nicht zur Blutcoagulation in dem Sacke oder Verknöcherung des ausgedehnten Pericranii komme, wie dies beim Cephalaematom geschieht, welches freilich manchmal noch von neuem Blutung giebt, wenn es geöffnet wird, aber sonst doch immer mit Obliteration endigt. Ich habe für diese Blutsäcke demzufolge den Namen Sinus pericranii in Vorschlag gebracht. Hecker nannte sie auf meinen Rath Varix

spurius circumscriptus venae diploicae, ein Name, der mir nachher zu lang war. Bruns nennt sie Varix traumaticus, wogegen sich vielleicht am wenigsten einwenden lässt, da dieser Name unverfänglich ist, während der von mir vorgeschlagene Sinus pericranii sich auf den ursprünglichen, vermuthlichen Sitz bezieht. Dufour hatte in seinem Falle, welcher die rechte Seite des Stirnbeins eines 74jährigen Mannes betraf, Gelegenheit, die Section zu machen. Die rauhe Stelle der äusseren Tafel des Stirnbeins, auf welcher der Blutsack lag, war mit einem sehr verdünnten Periost bedeckt; in ihrem Umfange war der Knochen verdickt und sclerotisch. Dieser Sack communicirte durch mehrere Knochen- und Blutcanäle, nicht bloss mit den Hirnhäuten, welche an der betreffenden Stelle unter einander und mit dem Schädel verwachsen waren, sondern auch mit dem erweiterten Sinus longitudinalis. Diese Section bestätigt meine Ansicht, welche Hecker nicht zu theilen scheint, dass diese Blutsäcke wohl meistens in directer Verbindung mit den grossen Sinus der harten Hirnhaut stehen möchten und dass ihr Inhalt von diesen herstammt und in dieselben zurückfliesst. Dadurch dass Dufour die rauhe Stelle des Stirnbeins mit einem dünnen Periost bekleidet fand, wird meine Ansicht über die Bildung dieser Geschwülste unter dem Pericranio nicht widerlegt, denn jeder von seinem Periost entblösste Knochen bildet sich ein neues.

Ich habe diese Episode über jene merkwürdigen Blutsäcke hier eingeschaltet, theils weil ich keine Gelegenheit versäumen möchte, auf diese Zustände aufmerksam zu machen, die vermuthlich gar nicht selten

sind, theils weil dieselben so handgreiflich in grossem Massstabe das Abfliessen von äusserem Schädelblute durch die Sinus durae matris darstellen.

Ich erwähne hier noch eines Falles, welcher zu beweisen scheint, dass die Kopfknochen ohne grossen Schaden für ihre Vegetation der meisten Verbindungen mit den Gefässen der Galea beraubt werden können.

Ein blühendes Mädchen von 16 Jahren gerieth in einer Oelmühle bei Freiburg mit ihren langen Haarflechten in das Kammrad, welches ihr die ganze Galea in demselben Umfange vollständig abriss, wie diese bei Sectionen abgelöst zu werden pflegt, ungefähr einen Finger breit über den Ohren und Augenbrauen. Von diesem fürchterlichen Unfalle war sie nicht im mindesten betäubt und fing erst an zu weinen, als sie sah, dass wir das schöne lange Haar von der Galea schnitten; Blutung war nicht vorhanden. Wir nähten die vollständig getrennte Haube mit 40 Knopfnäthen wieder an, aber es erfolgte, wie es leider zu erwarten war, keine Anheilung, aber eben so wenig entstanden gefährliche Kopfzufälle; nur in den ersten Tagen Nachts ein wenig Delirium, welches durch eine kühlende Mixtur beseitigt wurde. Durch Ausdehnung der übrig gebliebenen Schädelbedeckungen verkleinerte sich in einigen Monaten die Wunde bis zum Umfange einer Handfläche, vernarbte mitunter auch noch etwas weiter, aber die hinzukommende Narbensubstanz ging in der Regel bald wieder zu Grunde; die unvernarbte Partie war mit einer dünnen, immer eiternden Granulation des Pericranii bedeckt. Auf der, die Schläfen und das Hinterhaupt bedeckenden Kopfhaut standen ihrer Ausdehnung wegen

jetzt die Haare sehr dünn gesäet. Zwei Jahre nachher sah ich die Unglückliche zum letzten Male. Sie hatte keine habituelle Kopfschmerzen und ihre Geisteskräfte waren nicht beeinträchtigt, aber ihre weitere Entwickelung war aufgehalten worden, sie war nicht gewachsen und sah sehr mager und kümmerlich aus. Es wäre interessant zu erfahren, wie sich unter diesen Umständen die Diploë der Seitenwandbeine verhält. Fälle dieser Art mit Erhaltung des Lebens sollen nicht selten sein, meine ärztlichen Freunde in Mülhausen, der grossen Fabrikstadt im Elsass, kannten mehrere davon; auch in Amerika sollen die von Wilden Scalpirten nicht selten mit dem Leben davonkommen.

Dupuytren machte bei der Trepanation eines Hundes die Beobachtung, dass nach Trennung der äusseren Tafel eine beträchtliche Blutung aus der Diploë zum Vorschein kam, welche die Fortsetzung der Operation hinderte und, durch das Geheul des Thieres unterhalten, nach einer halben Stunde dessen Tod zur Folge hatte. Ohne Einflüsse, welche den Rückfluss des Blutes vom Kopfe erschweren, möchten wohl diese diploëtischen Venen nicht im Stande sein, bedenkliche Blutungen zu unterhalten. Bei dem Hunde war ohne Zweifel das Geheul Schuld an der Verblutung. In einigen bei Menschen vorgekommenen Fällen ähnlicher Art hat man sich damit begnügt das verletzte weite Emissarium oder die erweiterte Diploëvene nachzuweisen, ohne der Veranlassung einer andauernden Blutung tiefer nachzuforschen.

Prof. Hecker, welcher in seinen Erfahrungen und Abhandlungen im Gebiete der Chirurgie einen Fall erzählt,

in welchem nach einem Schlage mit einem Kochlöffel eine Blutbeule unter dem Pericranio des Seitenwandbeins entstand, welche geöffnet, anhaltend blutete, legt offenbar zu wenig Gewicht darauf, dass in dem betreffenden Falle die Eröffnung der Blutbeule gerade in der Zeit vorgenommen wurde, als eine äusserst intensive Entzündung des Cranii, welche acute Nekrose fast des ganzen Schädels zur Folge hatte, in der Entwickelung begriffen war, wodurch es im hohen Grade zweifelhaft bleibt, ob die grosse Masse Bluts, welche der Kranke verlor, nur aus dem Emissario und nicht aus vielen andern Puncten gekommen sei, besonders da trotz der Freilegung der verletzten Stelle niemand das Emissarium hat bluten sehen. Wie heftig bluten nicht nach Einschnitten phlegmonös entzündete Theile an allen Puncten? Wie mancher entzündliche Process ist mit Blutaustreten verbunden?

Die Nassauschen Jahrbücher über Kopfverletzungen enthalten pag. 396 einen Fall, in welchem nach einem Schlage auf den Kopf der bewusstlose Patient am rechten Seitenwandbein den zwölften Tag nach der Verletzung trepanirt wurde, an einer Stelle, wo sich Fissuren befanden. Schon als die Pyramide die äussere Tafel durchbohrt hatte, sprützte das Blut wie aus einer Fontaine. Als auch die Krone die äussere Tafel durchdrungen hatte, entstand aus der Diploë eine so starke Blutung, dass der Patient bis zur Vollendung der Operation $1\frac{1}{2}$ Pfund Blut verlor. Hier war die Quelle der Blutung nicht zu bezweifeln, da dieselbe erst durch Tamponade eines erweiterten Blutcanals der Diploë gestillt wurde. Indess begnügte man sich auch in diesem Falle,

wie in dem vorigen, mit der Constatirung erweiterter Knochenblutleiter, ohne zu fragen, warum blutete derselbe so hartnäckig? Der Patient starb einige Stunden nach der Trepanation. In diesem Falle glaube ich den starken Trieb des diploëtischen Blutes nach aussen der entzündlichen Hirnschwellung zuschreiben zu müssen. Das expandirte Gehirn comprimirte die Venen der Dura mater, aber nicht ihre Arterien, die ja viel schwieriger durch Druck zu beherrschen sind; das von der Dura mater kommende Blut erfüllte daher mehr als gewöhnlich die Diploë und hatte deren Blutcanäle erweitert, wie das immer bei Entzündungen des Schädels, so gut wie anderer Knochen, der Fall ist. Aus der Blutung der Diploë allein hätte der Operateur schon schliessen können, dass er wenigstens nicht unter dem Schädel das erwartete Blutextravasat finden werde, denn bekanntlich blutet die Diploë nicht, wenn sie durch ein Blutcoagulum von der Dura mater getrennt ist.

Ich habe dieser beiden Fälle hier Erwähnung gethan, damit man doch ja nicht der bei allen acuten Entzündungen vorkommenden Erweiterung der Blutcanäle eine Bedeutung beilege, welche zu örtlichen operativen Eingriffen führt, wie dies von Hecker geschehen ist, welcher zu glauben scheint, dass sein Patient zu retten gewesen wäre, wenn man zur rechten Zeit das Emissarium mit einem Wachskegel verstopft hätte, wozu sich doch bei den vielen und grossen Einschnitten kein Anlass darbot, so dass man kaum bezweifeln kann, es habe sich die Dura mater eben so wohl wie das Pericranium durch entzündliche Exsudate vom Schädel abgetrennt gehabt, vermuthlich schon als der erste

Einschnitt Statt gefunden. Ohne alle örtliche operativen Eingriffe wäre der Patient sicher am leichtesten davongekommen.

Wenn es im Allgemeinen nicht schwer erscheint, die mechanischen Ursachen eines vermehrten Triebes des diploëtischen Blutes nach aussen namhaft zu machen, indem man nur alle Hindernisse des Rückflusses durch die Sinus und Venen der Dura mater aufzuzählen braucht, so ist es doch nicht leicht, mit Bestimmtheit die Bedingungen anzugeben, unter denen das Blut der Diploë gezwungen wird, mehr nach innen, durch die Venen und Sinus der harten Hirnhaut abzuziehen.

Bei Kopfverletzten wird das diploëtische Blut mehr nach aussen turgesciren, wenn die Sinus und Venen der Dura mater durch Compression oder innere Gerinnungen in ihren Functionen gestört sind; dies kann geschehen durch Schädeldepressionen, Blutergüsse im Schädel oder Hirnschwellung.

Die äusseren Kopfvenen sind nicht so wie die innerhalb des Schädels liegenden der Compression ausgesetzt, man müsste dann feste Verbände angelegt haben, die, weil sie erhitzend sind, jetzt glücklicher Weise von den meisten Chirurgen verworfen, gelegentlich wohl einmal probirt, aber doch meistens schnell wieder beseitigt werden. Diese Venen sind ausserdem einer enormen Ausdehnung fähig, wie man an jeder erhitzten Person bemerken kann. Die Unterbrechung der Circulation in einem Theile der äusseren Kopfvenen kann leicht durch Ausdehnung anderer ausgeglichen werden.

Es lässt sich nur eine Bedingung mit Sicherheit namhaft machen, unter welcher das diploëtische Blut

mehr nach innen fliessen muss, nämlich bei geringem Zuflusse des Blutes zum Gehirn. Alsdann muss das Blut aus den Weichtheilen, die den Schädel bedecken, nach innen zu angezogen werden. Die Blässe des Gesichtes verräth uns den muthmasslichen Blutmangel des Gehirns, wie dessen Röthe die active Gefässthätigkeit dieses Organs beurkundet. Es giebt indess Ausnahmen, wenn nämlich eine Hyperämie des Gehirns und seiner Häute sich mit einem Krampfe der äusseren Körpertheile verbindet.

Die obigen Fragen werden bedeutungsvoll, wenn man bedenkt, wie häufig kleine Verletzungen des Schädels den Tod durch Pyämie zur Folge haben, wobei man die mit Eiter und Gerinnungen gefüllten venösen Canäle nicht ausserhalb sondern innerhalb des Schädels findet. Sollte dies darin liegen, dass der Zug des diploëtischen Blutes überhaupt mehr nach innen geht oder dass während des Zustandes von Hirnerschütterung diese Richtung vorwaltet? oder liegt es in einem zu antiphlogistischen Verhalten, welches bei Kopfverletzten, die unter dem Einflusse eines pyämischen Miasmas stehen, den Tod bekanntlich nicht abzuwenden im Stande ist? Uebrigens muss man gestehen, dass die äusseren Kopfvenen in diesen Fällen noch weniger anatomisch untersucht worden sind, als die mit Eiter und Gerinnungen angefüllten Sinus und Venen der Dura mater, welche sich von selbst bei Oeffnung des Schädels dem Auge darbieten. Ich möchte deshalb auch die äusseren Kopfvenen bei der Autopsie von Personen, welche an Kopfverletzungen gestorben sind, der Aufmerksamkeit der pathologischen Anatomen empfehlen, damit wir darüber

ins Reine kommen, ob wir die Quelle der Pyämie nur in den Sinus und Venen der Dura mater zu suchen haben. Unser aller Meister, Rokitansky, sagt uns nichts darüber, und ich habe sie leider auch vergessen, als ich Gelegenheit hatte, solche Untersuchungen häufiger anzustellen. Ehe diese Frage erledigt ist, kann es nichts helfen, über den Hergang bei der Pyämie nach Kopfverletzungen Theorien aufzustellen.

Ich erlaube mir hier einen Fall einzuschalten, der nicht geradezu hierher gehört, aber doch beweist, wie vorsichtig man in seinem Urtheile sein muss, ehe das Facit der pathologischen Anatomie vollständig vorliegt.

Im Jahre 1850 wohnte ich in Rendsburg der Section eines Mannes bei, der an einer retrograden Kopfrose gestorben sein sollte. Er hatte an einem Erythem der rechten Gesichtshälfte gelitten, welches nach 24 Stunden schon verschwand, war soporös geworden und am vierten Tage gestorben. Es fand sich im Schädel nichts Krankhaftes ausser einem leichten Oedem unter der Arachnoidea des Gehirns, welches Folge der angewandten Blutentziehungen sein konnte. Bei Eröffnung des Thorax fanden sich zahlreiche pyämische, lobuläre Abscesse. Ich erkundigte mich nun, ob der Mann nicht irgend eine kleine Wunde gehabt hätte, und erfuhr dann erst, dass er vor seinem Eintritte in das Spital einen kleinen Furunkel über der rechten Augenbraue gehabt habe, der ihm von dem Bataillonsarzte aufgedrückt worden sei; das darnach entstandene Erythem habe die Veranlassung dazu gegeben, ihn ins Hospital zu schicken.

Ich liess nun von der in der Leiche nicht deutlich

mehr bemerkbaren Stelle, wo der kleine Furunkel gesessen hatte, die Vene frei präpariren und fand sie bis zu ihrem Eintritte in die Vena facialis communis mit Eiter angefüllt. Also von dieser unscheinbaren Stelle aus war das Blut mit Eiter imprägnirt worden. Der kurze Weg, den der Eiter in diesem Falle bis zum rechten Herzen zu durchlaufen hatte, erklärt einigermassen den rapiden Verlauf. Ich habe später in Kiel zwei ähnliche Fälle von tödtlichen Furunkeln der Oberlippe gesehen. Prof. Weber in Kiel hat mit den meinigen im Ganzen sieben Fälle dieser Art in Erfahrung gebracht, welche in Kiel und der Umgegend vorgekommen sind.

Sollte es sich, was wahrscheinlich ist, weil der Tod immer unter Hirnzufällen erfolgt, ergeben, dass die Pyämie bei Kopfverletzten immer den Weg durch die Venencanäle im Innern des Schädels nimmt, so würde dies einen Beitrag zu der Lehre von diesem eben so wichtigen als dunkeln Processe geben, weil innerhalb des Schädels das Venenblut stärker angezogen werden muss wegen der umgebenden starren Wände, als in den Venen der Weichtheile, welche der Compression der Athmosphäre unterworfen sind.

Reaction des Gehirns und seiner Häute bei Kopfverletzten.

Um sich einen klaren Begriff zu machen von der Reaction des Gehirns bei Kopfverletzungen, muss man zunächst die anatomisch nachweisbaren Läsionen desselben ins Auge fassen.

Abstrahirt man von reinen Schnittwunden der Schädelbedeckungen, so reduciren sich die anatomischen Läsionen bei Kopfverletzungen grösstentheils auf Quetschung, Zerreissung und Fractur mit ihren unvermeidlichen Folgen, den Ecchymosen und Extravasaten. Unter der Galea, dem Pericranio, in der Diploë, zwischen Schädel und Dura mater, unter der Dura mater, der Arachnoidea, in der Substanz des Gehirns, überall begegnen wir den kleinen und grösseren Blutergiessungen, welche die Gegenwart einer sonst schwer zu constatirenden innern Zerreissung von Gefässen und andern Organen beurkunden. Dies ist der hervorstechende anatomische Charakter der Kopfverletzungen, der sehr natürlich daraus hervorgeht, dass dem Kopfe nicht anders beizukommen ist, als durch seine knöcherne Hülle und auf derselben, durch welche die an andern Körpertheilen vorkommenden mannigfaltigen Formen der Verletzung zum grossen Theile ausgeschlossen werden. Bis über das Pericranium hinaus dringt kein reiner Schnitt am Kopfe der Erwachsenen und der schärfste Säbel kann den Schädel nicht spalten, ohne zugleich zu erschüttern und contundiren.

Die Kopfverletzungen gehören daher grösstentheils zu den gequetschten und gerissenen Wunden.

Wie kommen gerissene und gequetschte Wunden zu Stande? Durch plötzliche heftige Spannung oder gewaltsame Verdrängung des zerreissenden oder gequetschten Gewebes. Daher kommt es, dass die schädlichen Folgen dieser Art Verletzungen sich nicht so auf die getrennte Stelle beschränken, sondern dass das Gewebe des Theiles in weitem Umkreise, durch plötzliche

Zerrung aus seiner Lage, Schaden nimmt. Wenn wir daher nach Hirnerschütterungen die Spuren der Zerreissung der Hirnfasern stellenweise antreffen, so ist damit nicht gesagt, dass nur diese Stellen gelitten haben; nur an diesen Stellen gab es freilich nachweisbare Zerreissungen, aber die Gewalt wirkte auf das Ganze. In diesem Verhältnisse muss der Umstand begründet sein, dass die scheinbar geringfügige anatomische Läsion zu so weit verbreiteten Reactionen Veranlassung giebt. Ausser den interstitiellen Zerreissungen kommen die Theile in Betracht, welche durch Quetschung ihre Organisation und Lebenskraft eingebüsst haben und deshalb von dem übrigen Organismus ausgestossen werden müssen. Die erste Reaction des Organismus gegen die betreffende Läsion ist der Bluterguss in die durch Zerreissung entstandenen Lücken der Gewebe. Diese Blutergiessung wird ihren Anfang nehmen, sobald das durch die quetschende Gewalt verdrängte Blut zu den betreffenden Theilen zurückkehrt und die offenen Räume ausfüllt. Dies ist nicht das Werk eines Augenblicks. Wenn in Hamburg ein Kind auf den Kopf fällt, so zieht die Mutter schnell den Schuh aus und drückt die Sohle gegen den getroffenen Theil, um dem Entstehen einer Beule, d. h. einer subcutanen Blutung, vorzubeugen. Die zerrissenen Gefässe werden comprimirt und ziehen sich mittlerweile zurück, um nachher nicht mehr zu bluten. Bei den innern Kopfblutungen nach Gewaltthätigkeiten, welche den Schädel getroffen haben, erfolgt der Erguss meistens nicht so schnell, die Circulation ist durch Erschütterung geschwächt, Schädel und Gehirn widerstehen dem An-

drängen des Blutes mehr als der Zellstoff. Die Zufälle des Hirndruckes kommen deshalb oft erst nach Stunden, oft viel später zum Vorschein, nachdem der Kreislauf auf irgend eine Art beschleunigt worden ist.

Die alten Aerzte sagten, die Gefässe des gequetschten Theiles sind geschwächt; jetzt bedient man sich anderer Ausdrücke, um die Tendenz zur Hyperämie damit zu bezeichnen. Diese Hyperämie tritt nicht sofort ein. Sehr oft habe ich unmittelbar nach Entstehung oberflächlicher Blutergiessungen die Umgebungen im Zustande straffer Anspannung gefunden, welche erst nach 24 Stunden oder später einem vermehrten Turgor vitalis Platz machte, während der durch den Schmerz der Verletzung entstandene Krampf der Umgegend aufhörte. Diese Hyperämie der Umgebung giebt durch seröse Exsudate das Mittel zur Verflüssigung des extravasirten Blutes, welches in seinem aufgelösten Zustande fast alle Gewebe durchdringt und bekanntlich in blauen, grünen und gelben Flecken in der Haut zum Vorschein kommt. Das verflüssigte Blut senkt sich der Schwere nach, so weit es kommen kann, oft von der Hüfte bis zum Fuss. Die grössten Blutergüsse werden auf diese Art im Zellstoffe und in serösen Cavitäten zum Verschwinden gebracht. Nur selten kapseln sie sich ein oder erregen Eiterung. Das Letztere pflegt nur dann zu geschehen, wenn der Luft ein freier Zutritt zu dem ergossenen Blute gestattet ist, welche dessen schnelle Zersetzung herbeiführt. Resorption der Extravasate ist in der Regel die wesentliche Bedingung für die vollständige Wiederherstellung der Integrität des verletzten Theiles.

Die Kunst sucht diese zu begünstigen, indem sie die Hyperämie in den gehörigen Schranken hält und die Resorption anzuregen sucht.

Die kalten Umschläge sind das wichtigste Mittel diesen Indicationen zu genügen; sie bewirken Contraction des erkälteten Theiles und treiben die extravasirten Stoffe in die Gefässe. Auf ähnliche Art wirken vermuthlich die meisten anderen Localmittel, Druck zum Beispiel.

Bei den Schädelverletzungen ist es mehr wie an jedem andern Körpertheile geboten, die Behandlung so zu leiten, dass kein anderer Ausgang erfolge, als der, der Zertheilung der Extravasate, durch Mässigung der entzündlichen Reaction, denn im Gehirn genügt schon ein hoher Grad von Hyperämie, um dessen Functionen aufzuhehen; es bedarf nicht immer der fibrinösen und eitrigen Exsudate. Ergossenes Blut verflüssigt und zertheilt sich sehr leicht, wie man dies am besten in der vordern Augenkammer beobachten kann, aber was wird aus den zertrümmerten Theilen des gequetschten Organs? Auch diese lösen sich auf und werden resorbirt, wenn sie der Luft entzogen sind. Jeder apoplektische Heerd enthält bei mikroskopischer Untersuchung zertrümmerte Hirnfasern, und doch bleibt zuletzt nur eine Narbe davon zurück.

Die Entzündung des Hirns und seiner Häute stellt sich nach Kopfverletzungen in zwei Formen dar, als acute (primäre) und chronische (secundäre). Die acute ist diejenige, welche sich sogleich aus der ersten, der Verletzung folgenden Hyperämie, hervorbildet, also in den ersten Tagen bereits zum Vorschein kommt. Die

chronische erscheint in späterer Zeit, nachdem ein scheinbar vollkommenes Wohlbefinden Wochen oder Monate lang angedauert hatte. Auf die Entstehung der ersteren hatte der Eindruck der Verletzung auf das Gesammt-Nervensystem einigen Einfluss, auf die letztere mehr die anatomischen Läsionen und die Beschaffenheit der Extravasate und Exsudate.

Primäre Encephalitis.

Bei der grossen Mannigfaltigkeit, welche in der Ausdehnung und Localisation der anatomischen Läsionen bei Kopfverletzungen und in dem physiologischen Verhalten des Gehirns Statt findet, ist es nicht zu verwundern, dass die entzündlichen Reactionserscheinungen ebenfalls eine Mannigfaltigkeit zeigen, welche es sehr schwer macht, davon ein allgemeines Bild zu entwerfen.

Die bei traumatischer Hirnentzündung vorkommenden Symptome sind etwa folgende: Kopfschmerz, welcher an der verletzten Stelle anfangend, sich allmählich mehr und mehr über den ganzen Kopf verbreitet, Schwindel, unruhiger Schlaf, Auffahren aus dem Schlafe, allgemeine Abspannung der geistigen und körperlichen Kräfte, Uebelkeit, Erbrechen. Im ferneren Verlaufe gesteigerte Empfindlichkeit der höhern Sinnesnerven, Lichtscheu, verengte Pupillen, Schielen, Ohrensausen, Empfindlichkeit gegen Geräusche, grosse Feinheit des Geruches, Delirien, Zähneknirschen, Krämpfe in den Gliedmassen können hinzukommen. Ein Frostanfall kann den Eintritt der Hirnentzündung bezeichnen; das Gesicht röthet sich, die Augen erscheinen injicirt, die Carotiden

klopfen stärker (manchmal klopft, wie Walther bemerkt, nur die eine Carotis stärker), der Kopfschmerz steigert sich allmählich, wird drückend, spannend und klopfend, so wie die Hyperämie zunimmt, der Puls ist schnell und hart, der Durst ist gross, die Respiration beschleunigt, die Haut ist trocken, die Zunge nicht belegt, sondern hochroth, der Urin ist hochroth und sparsam, der Stuhl verhalten.

Nachdem die erethischen Symptome des Nervensystems sich einige Tage lang gesteigert haben, treten entgegengesetzte Zufälle auf, das Erbrechen hört auf, es tritt Blindheit, Taubheit, Coma ein, die von Convulsionen ergriffenen Glieder erscheinen gelähmt, die Gefässirritation dauert indess an und steigert sich oft noch während dieses paralytischen Stadii. Die Dauer dieses Zustandes ist sehr verschieden und auf mehrere Tage oder selbst Wochen ausgedehnt, je nachdem ein früher Tod unter allmählich mehr hervortretendem Sinken der Herzthätigkeit oder ganz plötzlich apoplektisch eintrat, oder Genesung eintritt, welche meistens langsam erfolgt. Diese Erscheinungen sind es, welche man wohl nach blossen Hirnerschütterungen gerade so beobachtet; man hat dieselben in zwei verschiedene Krankheiten zu zerlegen versucht und Entzündung der Hirnhäute (Menyngitis, Arachnitis) angenommen, wenn die erethischen Symptome des Nervensystems vorherrschen, dagegen Entzündung der Hirnsubstanz bei paralytischen Erscheinungen. Mir ist diese Unterscheidung immer als unpractisch und unausführbar vorgekommen, dagegen erscheint mir die Unterscheidung eines erethischen und paralytischen Stadii zulässig.

Bei den unter solchen Erscheinungen Gestorbenen findet man eine allgemeine, stellenweise verstärkte Hyperämie, sowohl der Hirnsubstanz, als auch der Hirnhäute, besonders der Pia mater, seröse, blutige und fibrinöse Exsudate der Pia mater und Arachnoidea; die fibrinösen Exsudate scheinen auch in die Gehirnrinde einzudringen, beim Abziehen der Pia mater vom Gehirn bleibt eine Hirnschicht an derselben hängen. In schnell tödtlichen Fällen sind durch Druck des schwellenden Hirns gegen den Schädel die Hirnwindungen abgeflacht, entweder allgemein oder vorzugsweise an einer Seite oder Stelle. Ausser zahlreichen Blutpuncten beim Durchschnitte zeigt die weisse Hirnsubstanz keine auffallende Veränderung. Bei langsam tödtlichem Verlaufe, in welchem die Hyperämie durch Blutentziehungen und andere Antiphlogistica beschränkt wurde, findet man die Arachnoidea durch Serum ödematös ausgedehnt, welches durch gelbliche Trübung seinen Gehalt an Faserstoff und seinen entzündlichen Ursprung verräth. Dieses gelbliche Exsudat wird oft für Eiter gehalten. Wahre Eiterbildung ist bei unverletztem Schädel auf den Hirnhäuten eben so selten, als Abscesse in der Hirnsubstanz.

Eine sehr bemerkenswerthe Erscheinung bei dem Sectionsbefunde bilden die Gerinnungen in den Sinus und in den Venen der Hirnhäute, welche in diese einmünden, in denen man dieselben oft mehrere Zoll weit verfolgen kann. Diese Gerinnungen kommen auch bei später entstandenen Hirnentzündungen vor und betreffen bei diesen am häufigsten den Sinus longitudinalis, bei traumatischen Hirnentzündungen richtet sich der

Sitz nach dem der Verletzung. Sie liegen, wie es scheint, in dem natürlichen Verlaufe acuter Hirnentzündungen und müssen nothwendig zu Stande kommen, wenn das schwellende Hirn die oberflächlichen Venen comprimirt und das faserstoffreiche Blut ohnehin zu Gerinnungen geneigt ist. Ihre Entstehung wird vermuthlich bezeichnet durch das Erscheinen von comatösen und paralytischen Zufällen, die man theils der Stase, theils dem Einflusse eines unvollkommenen decarbonisirten Blutes zuzuschreiben hat.

Dieser Verlauf der acuten Hirnentzündung, wie wir dieselbe, spontan entstanden, nach leichteren Hirnerschütterungen und mit geringer äusserer Läsion verbundenen Kopfverletzungen beobachten, kommt bei den Schusswunden des Schädels fast gar nicht vor, weil der ganze Process hier durch die localen Verhältnisse wesentlich modificirt wird. Unter den mechanischen Verletzungen disponirt offenbar die Hirnerschütterung am meisten zu einer diffusen Hirnentzündung, weil ihre Wirkungen selbst diffus sind und durch zahlreiche interstitielle Läsionen die Bedingungen einer verbreiteten Stase herbeiführen. Bei den Kopfschüssen ist die Erschütterung in der Regel höchst unbedeutend, deshalb kommt das Bild der vorhin geschilderten Hirnentzündung häufiger in der Civil- als in der Militairpraxis vor. Aber auch bei den bedeutenderen Hirnerschütterungen in der Civilpraxis, wie sie durch einen Sturz auf den Kopf etc. hervorgebracht werden, fehlt oft das erethische Stadium grösstentheils oder ganz, es treten sogleich comatöse und paralytische Symptome auf, die inneren Läsionen der Hirnsubstanz waren so bedeutend,

dass, nachdem der Congestivzustand eingetreten war, die Anfüllung der Hirnsubstanz und die Blutergüsse gleich zu umfangreich werden, um das Bewusstsein zurückkehren zu lassen. In manchen Fällen, wo, nach Hirnerschütterung, Hirnentzündung entstanden war, recidivirt die Schwäche des Kreislaufs, welche die erste Wirkung der Hirnerschütterung ist, wenn die antiphlogistischen Mittel zu nachdrücklich in Anwendung gebracht worden waren.

Auf entsprechende Art modificirt sich das Bild der entzündlichen Reaction durch das Vorhandensein einer mechanischen Raumverminderung des Schädels, Blutextravasate und deprimirte Knochenstücke. Die letzteren reizen allerdings in einzelnen Fällen mehr die Hirnhäute, wenn sie spitz, scharf und hervorragend sind, aber bei Schussfracturen des Schädels kommt doch in der Regel die Raumverminderung mehr in Betracht, deshalb sind hier schon die Erscheinungen während der Reactionsperiode mehr soporöser und paralytischer Natur. Vermuthlich werden bei den Schussfracturen des Schädels die Nerven der Dura mater gelähmt, wie dies bei Schusswunden im Allgemeinen der Fall ist, auch deshalb mögen die Zufälle der diffusen Hirnentzündung bei Schussfracturen des Schädels schon seltener sein, als bei den Kopfverletzungen in der Civilpraxis. Aber auch bei diesen sind sie seltener geworden, seit man sich der kalten Umschläge dabei bedient.

Bei Kopfverletzungen mit Eindruck oder mit Bluterguss nehmen in der Congestivperiode die etwa schon bestehenden Lähmungen zu, es entstehen aber selten erst Lähmungen, wenn vorher gar keine vorhanden

waren, ausser wenn der tödtliche Ausgang nicht mehr fern ist. Die Lähmungen, welche, entsprechend dem Sitze der Verletzung an der einen oder der andern Seite, an der entgegengesetzten Statt finden, bleiben auf diese Seite beschränkt und steigen und fallen mit der Hirnhyperämie, wobei man gewiss mit Unrecht nur an die Raumverminderung durch Depression oder Bluterguss denken würde, da doch ohne Zweifel der höhere Grad von Hirnschwellung an der verletzten Seite einen viel grösseren Antheil an den Zufällen hat. Wie unbedeutend ist doch die durch eine kleine Depression entstehende Raumverminderung, vielleicht um ein Volumen, welches dem von 1 — 2 Drachmen Wasser gleichkommt, gegen das durch Hyperämie wachsende Volumen des Gehirns. Diese Fragen sind sehr inhaltsschwer, denn von ihrer Beantwortung hängt die Wahl oder Verwerfung des Trepans ab! —

Ohne Ausnahme spricht sich in diesen Fällen eine allgemeine Hirnhyperämie durch die Vermehrung der über den ganzen Kopf verbreiteten Schmerzen und durch die steigende Unbesinnlichkeit aus.

Sehr bemerkenswerth ist die Langsamkeit des Pulses bei den einfachen Drucksymptomen, eine Erscheinung, welche mir ein noch ungelöstes physiologisches Problem zu sein scheint. Gesellt sich aber der ursprünglich durch die Verletzung gesetzten Raumverminderung des Schädels noch entzündliche Hyperämie hinzu, so beschleunigt sich der Puls freilich in einzelnen Fällen, in anderen aber wird er noch langsamer, während in beiden Fällen sich die Hyperämie des Hirns

durch stärkere Röthung des Gesichts zu erkennen giebt. Unter solchen Umständen kann in dem einen Falle der schnelle Puls durch die Aderlässe langsamer, in dem andern aber der langsame schneller werden.

Einer grossen Berücksichtigung werth ist das fernere Schicksal der durch die Gewaltthätigkeit gequetschten oder zertrümmerten Hirnsubstanz. Es ist nöthig dabei zu unterscheiden, ob dieselbe der Luft exponirt wurde oder nicht. Wenn das Gehirn oder die Dura mater durch die Verwundung selbst oder durch Trepanation freigelegt wurde, so ergeben sich folgende Ausgänge der Hirnquetschung, welche ja unmöglich ausbleiben konnte, wenn der Schädel bis zum Zerbrechen nach innen getrieben war.

1) Wenn die Dura mater unverletzt blieb, so kann der Fall verlaufen, ohne dass irgend Symptome auftreten, welche auf ein tieferes Ergriffensein des Gehirns schliessen lassen. Dieser Ausgang ist, wie Guthrie bemerkt, besonders dann zu erwarten, wenn nach Extraction des deprimirten Knochenstücks, oder der Entfernung eines Blutergusses, das Gehirn sich sofort wieder zu seiner normalen Höhe erhob. In diesem Falle war das deprimirte Gehirn nicht so desorganisirt, dass es sich nicht durch Eindringen des Blutes wieder hätte erheben können, während umgekehrt die Hirnmasse an der getroffenen Stelle so gequetscht war, dass sie sich nicht wieder füllte. Diese beiden Zustände darf man wohl ohne Weiteres als bestehend annehmen.

2) Der Verwundete stirbt und man findet die Hirn-

masse unter der verletzten Stelle in grösserem Umfange im Zustande rother Erweichung, ein häufiger Befund; das übrige Hirn hyperämisch, mit Exsudaten bedeckt.

3) Die Dura mater war ebenfalls verletzt, die gequetschte Hirnpartie tritt unmittelbar mit der Luft in Berührung. Dieser Fall ist viel schlimmer und endigt meistens tödtlich. Es existiren freilich Beispiele genug, in denen grössere Portionen Hirnsubstanz durch Eiterung verloren gingen und dennoch Heilung erfolgte, doch scheinen diese wenigstens bei Schusswunden mehr die Ausnahme als die Regel zu bilden, nicht bloss in unserer Zeit, sondern auch in andern Zeiten. Schmucker hielt diese Verletzungen schon für tödtlich. Man kann sich in Betreff der Heilbarkeit solcher Verletzungen nicht auf Vivisectionen berufen, bei denen man Thieren Stücke vom Gehirn wegnahm und wo doch Heilung eintrat. Wenn eine Gewalt so heftig auf den Kopf wirkte, dass die Schädelfragmente bis durch die Dura mater getrieben wurden, so ist das Gehirn nicht bloss oberflächlich, sondern wahrscheinlich durch seine ganze Masse erschüttert, es handelt sich also nicht bloss um die Wunde und deren nächste Nachbarschaft. Ausserdem ist mit der Zerreissung der Dura mater das Hinderniss gehoben, welches die nach innen geschleuderten Bruchstücke des Schädels abhält in die weiche Hirnmasse zu dringen. In dieser Beziehung sind offenbar die Schusswunden viel schlimmer, als die meisten im Frieden vorkommenden Kopfverletzungen, weil diese den Schädel seltener in so kleine Stücke zerschlagen, oder dieselben mit solcher Gewalt fort-

schleudern, wie dies durch die Kugel geschieht. Indess haben dieselben wieder andere Gefahren, welche durch Compression des Schädels entstehen.

Ich habe den Process, durch welchen Schädelbrüche mit Verletzung der Dura mater tödtlich werden, bei einem der ersten Fälle von Schussfracturen des Schädels, welche in meine Behandlung kamen, beobachtet. Bei dem Sturm von Freiburg um Ostern 1848 wurde ein Freischärler von einer Musketenkugel an der linken Seite der Glabella getroffen. Beide Wände der Stirnhöhle waren zertrümmert; ich entfernte sofort die Fragmente, was ohne Trepanation geschehen konnte und zog die plattgeschlagene Kugel aus, welche in der linken Nasenhöhle steckte. Der Patient war und blieb sprachlos, hatte aber sonst keine Lähmungszufälle. Die sich einstellenden Congestivzufälle wurden durch Blutentziehungen, Abführungen und kalte Umschläge im Zaume gehalten, indess gegen den fünften Tag stellten sich Beschleunigung des Pulses, trockne Zunge mit trockener Haut, Blässe des Gesichts, welches den Ausdruck eines Typhuskranken im soporösen Stadio hatte, zeitweise grosse Unruhe ein, die Wunde secernirte eine ichoröse Flüssigkeit und am achten Tage starb der Patient soporös. Die bemerkenswertheste Erscheinung bei der Section war ein Loch in der Dura mater und die faulige Zersetzung der hinter dieser Oeffnung liegenden Hirnpartie des linken vordern Lappens, im Umfange einer Wallnuss; im Umkreise der brandigen Hirnmasse Erweichung der Hirnsubstanz in verschiedenen Farbennüancen bis zur röthlichen; die übrige Hirnmasse zeigte nur etwas Hyperämie und Oedem. Die Sinus

enthielten keinen Eiter, keine Gerinnungen, die Lungen keine pyämischen Abscesse.

Diesen Vorgang, dessen Wichtigkeit ich nicht in seinem ganzen Umfange erfasste, habe ich im Felde öfter gesehen, die der Luft exponirte gequetschte Hirnsubstanz wird brandig. Brandige Theile können nicht resorbirt werden, sie müssen nach aussen abgestossen werden, nachdem sich eine Demarcationslinie gebildet hat. An dieser Bildung einer Demarcationsline, welche mit erneuerter Hyperämie der lebendig gebliebenen Theile einherschreitet, muss der Kranke schon oft zu Grunde gehen; bei der Begränzung eines abgestorbenen Theils der Hirnoberfläche findet noch die Schwierigkeit Statt, dass die Demarcationslinie sich nicht bloss in der Hirnsubstanz bilden muss, sondern dass eine Verwachsung des Gehirns mit der Dura mater den sogenannten Sack der Arachnoidea gegen das Eindringen der Jauche schützen muss. Es ist begreiflich, wie schwierig es zu diesem Resultate kommen möge und wie die meisten Kranken dabei zu Grunde gehen müssen.

4) Die Dura mater war durch die Verletzung getrennt oder wurde bei der Trepanation absichtlich durchschnitten, oder endlich sie wurde, theils brandig, theils ulcerös, nach eingetretener Eiterung im Umfange der Wunde zerstört und das Gehirn wuchert aus der Wunde. Ich schliesse hier den Fall aus, wo bald nach erhaltener Verwundung oder in der bald danach eingetretenen Congestivperiode, die Hirnmasse aus der Schädelöffnung zerrissen, aber unzersetzt durch das stark anschwellende oder von tieferen Blutergüssen erhobene Gehirn gedrängt wird, ein furchtbarer Anblick! hier bleibt der Tod nicht

lange aus. Mit mehr Musse kann man mitunter andere Fälle beobachten, in denen nicht so schnell zerstörende Ursachen zu Grunde liegen. Die durch scharfe Knochenränder gereizte Hirnmasse wuchert allmählich aus der vorhandenen Oeffnung hervor, kann einen beträchtlichen Umfang erreichen, nach dem Abschneiden sich wieder hervordrängen und besteht aus einer aufgelockerten, hyperämischen, dunkelrothen, mit Eiter durchsetzten Hirnmasse. Nicht selten fehlen bei diesem sonderbaren Processe alle Lähmungszufälle und das Bewusstsein ist klar. Es kann dabei auch Heilung eintreten, ein ganz gelinder Druck, Umschläge von kaltem Wasser und antiphlogistisches Verfahren wurden von A. Cooper dabei nützlich befunden. In den glücklich verlaufenden Fällen, wo man annehmen muss, dass eine begränzte Schwellung des Hirns ohne allgemeine Hyperämie dieses Organs Statt gefunden habe, bleibt das ursächliche Verhältniss unaufgeklärt. Ich habe nur einmal im Felde Gelegenheit gehabt, diesen sogenannten Hirnschwamm (Fungus cerebri) zu beobachten und seine Ursache durch die Section zu erforschen.

Bei Fridericia erhielt ein Soldat einen Schuss an der linken Hälfte des Stirnbeins, wodurch dieses einen halben Zoll oberhalb der Mitte des Arcus superciliaris im Umfange eines Quadratzolles zertrümmert worden war. Einige lose Fragmente konnten sofort entfernt werden, andere, noch festsitzend, waren zum Theil nach innen gerichtet, aber von geringem Umfange; ein dreieckiges Loch war im Schädel vorhanden. Man konnte die Bewegungen des Hirns durch diese Oeffnung sehen und in die ebenfalls geöffnete Stirnhöhle. Nach-

dem der Verwundete sich bei einem antiphlogistischen Verfahren 14 Tage lang ziemlich gut befunden hatte, fing das Gehirn an aus der Stirnwunde, bis zur Höhe eines Zolles, in Pilzform hervorzuwuchern. Diese Wucherung gangränescirte an der Spitze, wuchs aber fortwährend nach. Die Entfernung einiger losen Sequester am achtzehnten Tage schien eine Abnahme des Umfangs der Wucherung zur Folge zu haben. Es traten aber am 23sten Tage heftige Kopfschmerzen und Uebelkeit mit sehr beschleunigtem Pulse ein, denen Delirien und Sopor folgten. Es wurde deshalb nach Erweiterung der Wunde der Rest der zerbrochenen Schädelstücke entfernt und ein Abscess geöffnet, welcher sich im obern Augenlide entwickelt hatte. Der Auswuchs des Gehirns aus der Schädelwunde war mittlerweile ganz zusammengeschrumpft. Am 25sten Tage starb der Patient. Bei der Section zeigte es sich, dass die Kugel auch den Orbitaltheil des Stirnbeins zerbrochen und die Fragmente in die Augenhöhle getrieben hatte. Ein Auswuchs des Gehirns hatte sich durch die Oeffnung des Orbitaltheils in die Orbita gedrängt und ein drei Zoll langer Abscess des linken vordern Hirnlappens hatte sich daneben in die Orbita geöffnet und war am obern Augenlide zum Vorschein gekommen und geöffnet worden. Die Abscesshöhle enthielt einige kleine Knochenstücke, welche von der Kugel hineingeschleudert sein mussten und zur Entstehung des Abscesses die Veranlassung gegeben hatten. Es war also die durch den Abscess bewirkte Expansion des Gehirns, welche dasselbe aus den beiden Löchern des Stirnbeins hervorgedrängt hatte. Nachdem der Abscess sich in das obere

Augenlid ergossen hatte, war die Spannung verschwunden und deshalb war der Hirnschwamm eingeschrumpft, nicht, wie wir glaubten, wegen Wegnahme der noch vorhandenen Splitter.

Ausser diesem Abscess der Hirnsubstanz fanden sich noch kleinere und grössere Eiteransammlungen in dem untern Theile des grossen Gehirns, an der Medulla oblongata und an der obern Seite des kleinen Gehirns. Die Organe der übrigen Cavitäten waren gesund.

5) Die contundirte Hirnstelle verwandelt sich in einen Abscess. Dies geschieht vorzugsweise nur in solchen Fällen, wo Schädel und Dura mater geöffnet sind oder wo ein fremder Körper in der Hirnsubstanz steckt, oder zuweilen in Folge von phlegmonöser Entzündung des Cranii, also unter Bedingungen, welche fast nothwendig immer Eiterung zur Folge haben. Der vorhergehende Fall gehört schon in diese Kategorie und zeigt zugleich anschaulich die expandirende Wirkung, welche unter gewissen Umständen, die wir nicht näher bezeichnen können, ein Hirnabscess auf die umgebende Hirnsubstanz ausübt. Ich füge jetzt noch einen Fall hinzu, in welchem diese Expansion fehlte und mit ihr die Betäubung, wo der Patient einen Augenblick vor seinem Tode noch bei hellem Bewusstsein war.

Ein am 2. October 1850 bei Friedrichstadt am Kopfe schwer Verwundeter wurde nach Heide transportirt, welches etwa vier Stunden entfernt liegt. Eine Kugel war am untern Winkel des rechten Ossis bregmatis eingedrungen; es waren aber zwei Ausgangsöffnungen vorhanden, die eine in der Gegend des vordern,

obern Winkels des Seitenwandbeins, die andere etwas weiter nach vorn nach dem Stirnbein, neben der Kranznath. Durch das Gefühl erkannte man eine Zertrümmerung des vordern Theils des Seitenwandbeins, des obern Randes der Schuppe des Schläfenbeins und eines Theils des Stirnbeins. Gehirntheile ragten aus beiden Ausgangsöffnungen hervor. Der Patient war an der ganzen linken Seite gelähmt. Nachdem derselbe eine Zeit lang Ruhe im Bette genossen hatte, erholte er sich von der angreifenden Tour auf einem Leiterwagen, und gab auf Befragen ganz vernünftige Antworten. Am 4. October jedoch waren Congestionen eingetreten, der anfangs sehr kleine Puls hatte sich gehoben, das Bewusstsein war entschwunden. Auf eine Aderlässe kehrte das Bewusstsein zurück. Dieser Vorgang wiederholte sich am 6ten. Die Wunde reinigte sich allmählich bei gutem Allgemeinbefinden. Am 22sten wurden unter Erweiterung der Ausgangsöffnungen die losen Splitter entfernt. Am 24sten traten wieder neue Kopfcongestionen mit Erbrechen und beschleunigtem Pulse ein; Besserung nach einer Venäsection und Calomel. Einige Tage lang war das Befinden so gut, dass man scheinbar an Todesgefahr nicht mehr zu denken brauchte. Indess schon am 28sten fühlte sich der Patient unbehaglich, am 29sten früh verschied er plötzlich, nachdem er kurz zuvor ganz vernünftig gesprochen und sich einige Secunden vorher sein Kopfkissen zurechtgelegt hatte.

Bei der Section fand man, dass sich unter der verletzten Hirnsubstanz ein grosser Abscess gebildet, welcher durch das Centrum Vieussenii in den

rechten Seitenventrikel und den dritten Ventrikel sich geöffnet und dadurch ohne Zweifel den plötzlichen Tod verursacht hatte. Die verletzte Stelle der rechten Hemisphäre zeigte eine eiternde Fläche, deren Grund mit Eiter bedeckt und erweicht war, die Ränder derselben waren aufgedunsen und verhärtet. Im Uebrigen war die Hirnsubstanz von normaler Beschaffenheit. Der Processus falciformis zeigte Spuren von Entzündung. In den Ventrikeln und unter der Arachnoidea war eine beträchtliche Menge Serum.

Dieser Fall gehört offenbar zu denjenigen, von welchen Walther sagt: „gross und jeden Begriff übersteigend sind zuweilen die purulenten und ulcerösen Zerstörungen der Hirnsubstanz bei Menschen, welche nach Kopfverletzungen noch längere Zeit gelebt haben. Die Symptome während des Lebens, besonders in dessen letzter, dem Tode vorhergegangenen Periode, waren zwar sehr betrübend, aber sie standen doch in keinem adäquaten Verhältnisse mit der Grösse der Hirnzerstörung.“

In dem vorliegenden Falle fand nun freilich Lähmung der entgegengesetzten Seite bis zum Tode Statt, aber das Bewusstsein war völlig klar, vermuthlich weil, mit Hülfe der angewandten Blutentziehungen, die allgemeine Hirnschwellung beseitigt und Wassererguss eingetreten war. Es ergiebt sich aus Fällen dieser Art deutlich genug die Schwierigkeit in der Diagnose der Hirnabscesse, welche offenbar mit andern den Raum der Schädelhöhle vermindernden Vorgängen das gemein haben, nur dann Druckerscheinungen hervorzurufen, wenn sie eine allgemeine Hirnschwellung bedingen.

Wo diese fehlt, fehlen auch die Druckerscheinungen. Daher ist die Diagnose von Hirnabscessen eine der schwierigsten Aufgaben, bei der es nur zu einiger Sicherheit zu bringen ist, wenn fremde Körper den Weg zeigen.

6) Die gequetschte Hirnpartie bleibt fortwährend durch niedergedrückte Schädelstücke comprimirt.

Wenn man einen kurz vorher gequetschten Theil unseres Körpers einer anhaltenden Compression unterwerfen wollte, den Hoden z. B. einer Einwicklung mit Heftpflaster, so würde dies sehr üble Folgen haben. Man sollte deshalb glauben, das niedergedrückte Hirn müsse jedesmal brandig werden, wenn der dasselbe drückende Körper nicht schnell entfernt werde, ehe noch entzündliche Reaction eingetreten sei. Auf diesen Prämissen beruht vorzüglich die prophylaktische Trepanation bei Schädeldepressionen. Diese Prämissen sind aber zum Theil falsch. Schwellende Organe vertragen unter Umständen einen mit Geschicklichkeit angebrachten Druck sehr gut, wie bekanntlich der entzündete Hode. Auch bei Fracturen legen viele Wundärzte schon vor Abnahme der Geschwulst comprimirende Verbände an, unter deren Wirkung sich die Geschwulst verliert, wenn die Fractur dadurch im eingerichteten Zustande erhalten wurde und die Compression gleichförmig wirkte. Aufmerksamkeit auf den Grad des Druckes und dessen Wirkung ist freilich nöthig, daher Seutin's Erfindung eines Compressometers. Es ergiebt sich daraus schon von selbst, dass Druck bei schwellenden Theilen nicht angewendet werden darf, wenn man dessen Wirkung nicht überwachen kann. Das Analogon

des Compressometers müssen wir uns bei Schädelfracturen mit Eindruck in der fortgesetzten Beobachtung der Symptome, welche Gefäss- und Nervensystem darbieten, zu verschaffen suchen.

Seit Jahrhunderten weiss man, dass die Schädeleindrücke ohne schlimme Zufälle und ohne nachbleibende Lähmungen oder Beeinträchtigung der Geisteskräfte heilen können, jedes pathologische Cabinet fast bewahrt merkwürdige Schädel mit tiefen Eindrücken, deren ursprüngliche Besitzer sich mit denselben einer ungetrübten Gesundheit erfreut haben. Auch verfehlten solche Wahrnehmungen nicht, ihren Eindruck auf unbefangene Beobachter zu machen; zu allen Zeiten gab es Wundärzte, welche sich der Anwendung des Trepans widersetzten und der Naturheilung vertrauten. Vor 300 Jahren sagte schon Lanfranchi in Mailand, bei den Knochenbrüchen des Schädels komme alles auf die Hülfe des heiligen Geistes an, die der Wundarzt daher vor allen Dingen anrufen müsse, den Trepan habe er nur höchst selten nöthig gehabt! Er will nur trepaniren, wenn ein Knochensplitter unter einen andern Knochen geschoben, oder wenn derselbe in die harte Hirnhaut gestossen ist. Der Geist, den Lanfranchi anrief, war wohl der Geist der Humanität und der Beobachtung. Die Naturheilung der Schädeldepressionen verfehlte indess doch ihren bleibenden oder durchgreifenden Eindruck, weil man sie für eine seltene Ausnahme hielt. Man trepanirte also, bis man die Erfahrung machte, dass in grössern Spitälern ein mit der Trepanation Geheilter zu den Ausnahmen gehöre. Seit 20—30 Jahren fängt man an sich zu besinnen und sucht die

Anzeigen zur Trepanation in immer engere Gränzen einzuschränken.

Es entsteht nun die Frage, welche Vortheile es dem, durch eine Schädeldepression comprimirten Hirn gewähren kann, wenn man die deprimirten Schädelstücke ruhig in ihrer Lage lässt? Diese reduciren sich vermuthlich auf Folgendes:

1) Die verwundete Stelle wird nicht durch einen neuen Eingriff gereizt. Solche Eingriffe werden bekanntlich am besten ertragen so lange die Wunde noch frei von entzündlicher Reaction ist; dies hat sich sehr augenscheinlich bei den Kopfverletzten ergeben; die in der Reactionsperiode vorgenommenen Trepanationen und Elevationen haben viel häufiger einen üblen Erfolg gehabt als die gleich nach erhaltener Verletzung vorgenommenen. Die besten Chirurgen stimmten deshalb für die prophylaktische Trepanation.

2) Man vermeidet die schnelle Anfüllung der gequetschten Hirnpartie mit Blut und die Bildung von Extravasaten, welche für den Augenblick freilich keine auffallende Nachtheile haben, aber in der Reactionsperiode die Gefahren des Zustandes erhöhen; daher zum Theil entstehen auch nach Trepanationen, oft noch sehr heftige, Reactionszufälle, wenn ihre unmittelbare Wirkung eine sehr günstige war, z. B. dass der Verwundete gleich nach der Operation wieder zu sich kam.

3) Man bahnt nicht der Luft einen freien Zutritt zur Dura mater, oder wenn diese verletzt ist, zum Gehirn und zu dem Sacke der Arachnoidea. Seitdem man die Vortheile der subcutanen Operationen kennen gelernt hat, wird man die schädliche Einwirkung der Luft

auf ein verletztes Gehirn nicht zu gering anschlagen dürfen. Man hat freilich gesagt, es könne bei penetrirenden Schädelwunden wenig darauf ankommen, ob das Loch im Schädel etwas grösser oder kleiner sei, dies ist aber ein grosser Irrthum. Es ist schon bei unorganischen Substanzen nicht gleichgültig in Bezug auf ihre Veränderungen durch den atmosphärischen Sauerstoff, wie frei dessen Zutritt ist; bei einem reagirenden lebendigen Organismus muss es noch wichtiger sein, ob die Luft durch haarfeine Spalten oder durch Trepanbohrlöcher Zutritt erhält. Nur die von der Luft berührten verwundeten Theile werden durch dieselbe oxydirt, die übrigen können nur indirect durch das Eindringen zersetzter Wundfeuchtigkeiten und durch Nervenirritation afficirt werden. Bei gehindertem Luftzutritte bildet sich Eiterung nur dann, wenn die Entzündung sehr lebhaft wurde, wenn abgestorbene Gewebstheile vorhanden sind, endlich bei pyämischer Complication. Eiterheerde aber, deren Inhalt nicht mit der Luft communicirt, bleiben lange der Resorption zugängig und reizen ihre Umgebungen um so weniger, je langsamer sie zu Stande kommen. Bei den Kopfverletzten ist es deshalb geboten, alles anzuwenden, was die etwa unvermeidliche Eiterung verlangsamen kann.

Aus diesen Gründen lässt es sich auch theoretisch rechtfertigen, was man empirisch nützlich befunden hat, nämlich die eingedrückten Fragmente ruhig sitzen zu lassen bis sie lose werden und ohne alle Gewalt entfernt werden können.

Ueber die ferneren Veränderungen, welche die comprimirte Hirnstelle unter solchen Umständen erleidet, ist

zur Zeit noch nichts bekannt. Vivisectionen könnten darüber Aufschluss geben.

Pyämische Entzündungsprocesse bei Kopfverletzten. Phlebitis encephalica.

Kopfverletzte sind erfahrungsgemäss sehr empfänglich für die Einflüsse, welche Pyämie erzeugen. In den grossen Pariser Spitälern sterben nicht bloss fast alle Trepanirten, sondern auch viele andere Kopfverletzte, welche in der Privatpraxis geheilt werden. Deshalb sind die Resultate der Nassauer Aerzte im Allgemeinen so günstig, dass in 29 Jahren von 113 Trepanirten 52 geheilt wurden und 61 starben. Fast alle diese Fälle kamen in der Privatpraxis vor, also mit Ausschluss des pyämischen Miasmas. Im Kriege, wo höchstens die Officiere in Privatquartieren untergebracht werden, steht die Zahl der tödtlich verlaufenden Kopfverletzungen immer im Verhältniss zu der Zahl tödtlich verlaufender Amputationen, zur Ueberfüllung oder nachhaltigen Benutzung derselben Räume. Unter solchen Umständen werden Kopfverletzungen tödtlich, die in der Privatpraxis ohne alle schlimmen Zufälle geheilt sein würden. Wir hatten solche Todesfälle besonders nach der Schlacht von Fridericia in Hadersleben zu beklagen, dessen Spitäler mehrere Monate lang der Sammelplatz für Kranke der nördlich liegenden Truppen gewesen waren, welche nun den zahlreichen Verwundeten Platz machen mussten. Nur mit grosser Mühe hatte ich es verhindert, dass der letzte disponible Raum, die grosse Kirche, auch schon früher mit Kranken belegt worden war. Ich wage

nicht zu behaupten, dass die Empfänglichkeit der Kopfverletzten grösser sei, als anderer mit Knochenverletzungen Behafteter, jedenfalls sind es die letztern vorzüglich, welche die Disposition dazu bedingen, denn ich habe keinen einzigen Kopfverletzten im Felde an Pyämie sterben sehen, bei dem nicht der Schädel verletzt gewesen wäre, während die meisten Todesfälle unter Kopfverletzten, die nicht schon in den ersten Tagen an den Läsionen selbst zu Grunde gingen, auf Rechnung der Pyämie zu bringen sind. Ich zähle dahin nur solche Fälle, bei denen sich die pyämische Complication in entfernten Organen bei der Section nachweisen liess, vor allen Dingen in den Lungen, denn nur in diesen Fällen kann man mit Sicherheit einen pyämischen Process annehmen, wenigstens giebt die pathologische Anatomie keine unterscheidende Anhaltspuncte.

Leider sind die Zufälle, welche die pyämische Complication bei Kopfverletzten ausdrücken, nicht so leicht zu fassen, besonders wenn man, wie ich in meiner Stellung, seine Aufmerksamkeit zu sehr theilen muss und auf die Berichte Anderer angewiesen ist, welche bei solchen feineren diagnostischen Untersuchungen wenig Werth haben. Es fehlen nämlich viele von den Erscheinungen, welche im Allgemeinen der Pyämie angehören bei den Kopfverletzten, oder kommen erst später mehr zum Vorschein. Die Frostanfälle können ganz fehlen oder sich auf einen einzigen beschränken, der den Anfang des Processes bezeichnet. Auch verändern sich die Wunden keinesweges so constant, oder so bedeutend, als man es nach der Beschreibung anderer Schriftsteller erwarten sollte. Wenn die

Wunden sich auffallend verändern, so ist der Kranke schon in der grössten Lebensgefahr, denn diese Veränderungen, das Trockenwerden der Wunde, das Einsinken der Granulationen, der ichoröse Eiter, beweisen, dass die Circulation im Gebiete der Wunde durch Gerinnungen in den Venen theilweise aufgehoben worden ist.

Mangel an Appetit, Uebelkeit, Gallenerbrechen, belegte Zunge, Abgeschlagenheit, kleiner schneller Puls kommen wie bei andern Pyämischen vor und verkünden den Eintritt septischer Flüssigkeiten in die Säftemasse. In den Hirnfunctionen zeigt sich der Einfluss der venösen Stase durch Gerinnungen in den Sinus, welche der Verletzung am nächsten liegen, denen also zunächst Eiter zugeführt werden konnte. In einigen exquisiten Fällen, wo die Depression zu gering war, um für sich Kopfzufälle hervorzubringen, waren die Patienten bis kurz vor dem Tode nicht betäubt, sondern bei vollem Bewusstsein, ihre Gesichtsfarbe war ganz eigenthümlich, bläulichroth, gefärbt, der Schweiss troff ihnen vom Kopfe herab, ihr Ausdruck war der der Angst und Beklommenheit, die Kopfschmerzen waren dumpf. In diesen Zufällen fanden gewisse Exacerbationen und Remissionen Statt, die mit den gewöhnlichen Fieber-Exacerbationen nichts zu schaffen hatten. Es trat zeitenweise ein ruhiges Verhalten, eine natürlichere Gesichtsfarbe ein, während der kleine schnelle Puls und die übrigen Zufälle unverändert blieben. Man konnte sich des Gedankens nicht erwehren, dass bei dem zeitweise stärkern Andrange des Blutes zum Kopfe die Coagula aus den Sinus noch einmal fortgedrängt wurden und für eine Zeit-

lang die Circulation im Gehirn etwas freier blieb. Tritt in solchen Fällen erst Sopor ein, so pflegt der Tod nicht lange zu zögern.

Die Behandlung scheint wenig Einfluss auf diese Zustände zu haben, weder Kälte noch Blutentziehungen, noch Quecksilber haben einen dauernden Nutzen. Der Merkur scheint unfähig zu sein Speichelfluss hervorzubringen, selbst wenn man ihn in grossen Dosen innerlich und äusserlich anwendet. Ich habe einige Male das Zahnfleisch danach aufschwellen sehen, ohne dass der Merkurialgeruch eintrat.

Entfernung aus dem inficirten Locale ist wohl das einzige was hilft, wenn es frühzeitig geschehen kann.

Umstände, welche leichte Kopfverletzungen zu verschlimmern geeignet sind, Erkältungen, Spirituosen etc. geben, unter dem Einflusse des pyämischen Miasmas, der darauf folgenden entzündlichen Reaction diese üble Wendung.

Nur einmal habe ich nach einer Schussfractur des Schädels einen Leberabscess beobachtet, der zu einer Zeit auftrat, wo die Heilung des Verwundeten nicht mehr fern zu sein schien.

Secundäre Encephalitis und Ostitis cranii.

Die entzündlichen Processe, welche im weiteren Verlaufe der Kopfverletzungen auftreten, haben mitunter einen sehr acuten Charakter, deshalb ist der ältere Name, chronische Entzündung, nicht ganz zweckmässig. Sie zerfallen in solche entzündliche Vorgänge, welche sich später 1) bei unvollständiger Heilung der Wunde

ausbilden, häufig einen purulenten Charakter haben und plötzlich sehr acut werden; 2) bei solchen Kopfverletzten, welche gar keine Wunde hatten, oder bei denen diese vollständig geheilt war; diese haben mehr den Charakter wirklich chronischer Entzündung.

Man hat sich in früheren Zeiten bemüht einen Zeitpunct festzustellen, bis zu welchem ein Kopfverletzter noch in Gefahr secundärer Zufälle schwebe und von 40 Tagen gesprochen. Rust sprach von 80 Tagen. Aber diese Versuche müssen vergeblich sein, da selbst nach Jahren manche Kopfverletzungen noch tödtliche Folgen haben können, ausserdem auch Constitution und Lebensweise grossen Einfluss üben. Der langsame Heilungsprocess verletzter Kopfknochen, welche sich in dieser Beziehung so merkwürdig von den übrigen Knochen unterscheiden, giebt ohne Zweifel theilweise Anlass zu häufigern secundären Erkrankungen, als dies bei andern Fracturen der Fall ist. Fremde Körper, abgebrochene Messerspitzen, welche im Schädel stecken blieben und die Dura mater durchbohrten, gaben den Anlass zu späteren Eiterbildungen, nachdem die Weichtheile sich über denselben geschlossen hatten. Auf ähnliche Art mögen kleine Trümmer der Diploë oder der übrigen Schädeltheile den unbemerkten Kern secundärer Eiterbildungen abgeben.

Offene Schädelverletzungen entledigen sich gewöhnlich vollständig der fremden Körper, ehe sie zuheilen, deshalb kommen im Allgemeinen mehr secundäre Entzündungen vor nach Hirnerschütterungen ohne Wunden, oder mit sehr unbedeutenden. Man muss hier

die Entzündungen der Bedeckungen und die des Gehirns scheiden.

1) Secundäre Schädelentzündungen.

Nicht selten kommt der Fall vor, dass eine subcutane Fractur des Schädels bestand, welche leicht vorübergehende Zufälle machte; nach einigen Wochen bildet sich, ohne erhebliche Kopfzufälle, eine fluctuirende Geschwulst, nach deren Eröffnung man lose Bruchstücke und bereits abgelöste Sequester herauszieht, worauf die Wunde bald wieder zuheilt. Anstatt wieder zu verheilen, haben die verletzten Schädelstücke eine begränzte Eiterung erregt, welche die benachbarten Theile wenig oder gar nicht in den Kreis der Entzündung hineinzog. Offenbar ist dieser Vorgang das Ideal der Naturheilung, dem die Kunst nachzustreben hat. Bei Kindern und jungen Leuten mit nicht zu dicken Schädelknochen, zu deren Zerbrechung nicht gar zu grosse Gewalt gehörte, kommt dies am leichtesten vor.

Bei Erwachsenen gesellt sich auch in der spätern Zeit leichter eine diffuse Entzündung hinzu, welche das Gehirn in bedeutendem Grade mit betheiligt und leicht tödtliche Folgen hat Die grosse Gewalt, welche zum Zerbrechen des Schädels gehörte, oder die grössere Receptivität für andere Schädlichkeiten, spirituöse Getränke etc. mögen dabei von Einfluss sein. Nachdem die genannten Wirkungen der Kopfverletzungen vorübergegangen waren und der Verwundete sich eine Zeitlang gut befunden hatte, bekommt er wieder Kopfschmerzen, Fieber, Brechreiz, die Wunde schwillt etwas an, wird trocken, sondert Ichor ab, sehr bald aber

entstehen Druckerscheinungen, Bewusstlosigkeit, Erweiterung der Pupillen, Lähmungen. In älteren Zeiten trepanirte man unter diesen Umständen, fand das Pericranium abgelöst, die Diploë nicht blutend, die Dura mater durch Eiterung vom Schädel getrennt. Pott's chirurgische Werke, denen man vorzüglich die Bekanntschaft mit diesem Zustande verdankt, enthalten die Schilderung von neun Fällen dieser Art, nach Contusionen ohne Fractur, in denen er trepanirte, sechsmal mit glücklichem Erfolge. Wenn man diese Beobachtungen liest, so muss man staunen über die Kühnheit und Consequenz, mit welcher dieser grosse Chirurg, Tag für Tag, eine Trepanation nach der andern machte, um den Eiter zu entleeren, ohne dessen Abfluss er die Patienten für rettungslos hielt. Auf die neun Fälle, welche hier in Betracht kommen, fallen 18 Trepanationen, davon aber neun auf drei Patienten, von denen jeder dreimal trepanirt wurde. Alle diese Trepanationen geschahen an verschiedenen Tagen. In der Regel fand Pott bei der ersten Trepanation nur wenig Eiter, die Zufälle dauerten fort, bei der zweiten oder dritten Trepanation kam dann mehr Eiter zum Vorschein. Dennoch gehörte die rigoröseste Antiphlogose dazu, um das Leben zu erhalten. In keinem Hospitale würde jetzt ein Kopfverletzter solche wiederholte Eingriffe glücklich überstehen; die Neigung zur Pyämie kann zu Pott's Zeiten nicht so vorherrschend gewesen sein wie jetzt.

Wie Guthrie ausdrücklich bemerkt, kommen jetzt auch in England diffuse Entzündungen dieser Art nicht mehr häufig vor, was ich dem Einflusse der kalten Umschläge zuschreibe; doch sieht man sie zuweilen in

der Civilpraxis. Es ist mir bis jetzt fast immer gelungen, besonders durch dreisten Quecksilbergebrauch, die drohenden Hirnzufälle zu beseitigen und die Resorption des ergossenen Eiters herbeizuführen, wobei die nekrotische Ablösung von Theilen der Hirnschale sich auf einen geringen Umfang beschränkt. Ich habe einmal Gelegenheit gehabt, durch die Section die Wirkung der angewandten Mittel zu bestätigen und bei dieser Gelegenheit erfahren, dass auch der in einem Sinus gebildete Eiter durch Natur und Kunst unschädlich gemacht werden kann.

Ein junger Handwerker von 21 Jahren, der sich im Wirthshause verspätet hatte, wollte eine hohe Mauer übersteigen, um unbemerkt in sein Schlafzimmer zu gelangen. Auf der Höhe der Mauer angekommen, stürzte er rücklings wieder herunter und blieb die ganze kühle Octobernacht hindurch an der Stelle liegen, wo er gefallen war. Am andern Morgen wurde er noch halb bewusstlos in meine Klinik gebracht. Er hatte am Hinterhaupte eine klaffende Wunde, $2^1/_2$ Zoll lang und $^3/_4$ Zoll breit, das Pericranium war theilweise vom Schädel abgestreift. Unter einer passenden Behandlung überstand er glücklich die Periode der Erschütterung und der nachfolgenden Congestion. Gegen den 14ten Tag aber verschlechterte sich das Aussehen der Wunde, Fiebererscheinungen traten auf und eine, sich bald bis zur Bewusstlosigkeit steigernde, Hirnaffection. Mit Hülfe von Calomel und Quecksilberfrictionen wurden diese Zufälle beseitigt, welche ich von dem Drucke des Eiters herleitete, der sich unter dem nekrotisch abgestorbenen Schädelstücke gebildet haben musste. Gegen das Ende

der dritten Woche war sein Kopf wieder völlig frei geworden, seine Zunge hatte sich gereinigt, der Appetit stellte sich wieder ein, so dass ich ihn für gerettet hielt. Am 32sten Tage nach erhaltener Verletzung trat plötzlich sehr kaltes Wetter ein, welches auf den Patienten um so nachtheiliger wirken musste, da er durch das lange Liegen unter freiem Himmel sich heftig erkältet hatte. In der folgenden Nacht hatte sich ein metastatischer Abscess von der Grösse eines Mannskopfes an der hinteren Seite des linken Oberschenkels gebildet, eine Stelle, an welcher keine Spur einer Verletzung zu bemerken gewesen war und über welche der Patient nie geklagt hatte. In der folgenden Nacht platzte dieser Abscess und der Patient starb einige Stunden nachher. Bei der Section fanden sich keine pyämische Abscesse in inneren Organen, auch die Galea zeigte keine auffallende Veränderungen. Ein elliptisches Stück des Hinterhauptbeins unter der Protuberantia occipitalis externa, mehr nach der linken Seite, in der Länge von 2 Zoll von einer Seite zur andern und $^3/_4$ Zoll breit, zeigte durch seine Farbenveränderung und durch eine feine Demarcationslinie seine nekrotische Beschaffenheit durch beide Tafeln; die dasselbe bedeckende Stelle der Dura mater zeigte Spuren von Entzündung. Der Sinus perpendicularis (Sinus occipitalis posterior, welcher im Processus falciformis minor liegt und die Sinus transversi mit dem Plexus spinalis verbindet) enthielt eingedickten, mit festen Blutgerinnseln an beiden Seiten abgegränzten Eiter.

Da der Patient bis kurz vor seinem Tode bei Bewusstsein war, so konnte die Störung des Kreislaufs

im Sinus perpendicularis die frühere Bewusstlosigkeit nicht bewirkt haben. Auch konnte nach dem Ergebnisse der Section keine beträchtliche Eiterbildung auf der Dura mater Statt gefunden haben, da diese nur in dem Umfange der nekrotischen Schädelstelle abgelöst war. Es muss daher angenommen werden, dass die Blutstagnation sich früher auch auf den linken Sinus transversus erstreckt habe, dass dadurch venöse Hyperämie und Bewusstlosigkeit entstanden sei und durch den Quecksilbergebrauch, dessen Wirkung auf circumscripte phlebitische Stasen jeder erfahrene Arzt an der Saphena vermuthlich schon beobachtet hat, der wichtige Sinus wieder durchgängig geworden sei. Der berühmte Professor der Anatomie in Freiburg, Dr. Kobelt, welcher die Section machte, hat das betreffende Präparat in dem pathologischen Cabinette der Universität aufbewahrt.

Da der Antheil, welchen die Stase in den Sinus auf die Entstehung der soporösen Zufälle hat, in therapeutischer Beziehung von der grösten Wichtigkeit ist, so muss nach meiner Meinung bei jeder tödtlich verlaufenden Kopfverletzung der Zustand der Sinus genau erforscht werden. Jedenfalls kann durch die Trepanation doch wohl nichts genützt werden, wenn die Bewusstlosigkeit von Venenstase abhängt und die letztere weder durch niedergedrückte Knochen noch durch andere fremde Körper, sondern durch einen phlebitischen Process bewirkt wird.

Ausser diesen nekrotischen, eiterbildenden Entzündungen der Schädelknochen kommen nach Verletzungen, sowohl blossen Contusionen, als auch nach Frac-

turen, welche lange dauernde Eiterung zur Folge hatten, chronische Entzündungen des Schädels vor, wobei derselbe sclerosirt und stellenweise hypertrophisch wird, entweder in grossem Umfange, oder durch Bildung einzelner Hervorragungen. In solchen Fällen treten mitunter die auffallendsten Nervenzufälle auf, anhaltende Epilepsie, Geisteskrankheiten, Zufälle, die man mitunter durch die Trepanation geheilt hat, wobei sich bisweilen ein plausibler Grund für Irritation des Gehirns durch eine hervorragende Depression, eine Exostose, einen Pachionischen Körper fand; in andern Fällen aber auch gar nichts.

Es lässt sich nicht läugnen, dass viele der hierher gehörigen Fälle äusserst bestechend sind; auf dem Operationstische hatten die durch eine Kopfverletzung epileptisch Gewordenen den letzten Anfall und nach der Trepanation nie wieder. Astley Cooper erzählt einen Fall von Cline, in welchem ein Matrose, der 14 Monate in Folge einer Kopfverletzung betäubt dagelegen hatte, am Nachmittage nach der Operation seine Besinnung wieder erhalten hatte. Es lässt sich auch durchaus nicht in Abrede stellen, dass eine Sclerose und Hypertrophie eines Knochens zu bedeutenden Neurosen die Veranlassung geben möge, welche durch Trepanation geheilt werden können. Ich selbst habe eine schöne Kur der Art an der Tibia gemacht, bei einem Manne, der sich den Oberschenkel durchaus wollte amputiren lassen, wegen unerträglicher Schmerzen im obern Ende der Tibia, welche verdickt und elfenbeinartig sclerosirt war. Als ich durch die Corticalsubstanz gedrungen war, fand ich in der Medullarsubstanz eine Stelle von

so exquisiter Sensibilität, dass die leiseste Berührung derselben die heftigsten Schmerzen machte.

Indess bei der Heilung von Neurosen kann man sich mit dem post hoc, ergo propter hoc, nicht genug in Acht nehmen. Mit welchen Mitteln hat man nicht schon Epileptische geheilt, von dem Trinken des Blutes eines Enthaupteten an bis zum Gebet des Wunderthäters. Schon zweimal habe ich gesehen, dass die Epilepsie aufhörte, nachdem sich die betreffenden Patienten eine tiefe Wunde an der Volarseite des Vorderarmes absichtlich beigebracht hatten, wodurch die Hand unbrauchbar wurde. Dieffenbach heilte das Stottern durch einen Schnitt in die Zunge, Gerdy durch die Tenotomie des Genioglossus, Yearsley durch Abschneiden der Mandeln. Herr Malgaigne heilt Ischias durch Brennen des Ohrlappens, unzähliger anderer Methoden bei Neurosen nicht zu gedenken, die man sich immerhin gefallen lassen kann, so lange sie nicht gefährlich sind. In Freiburg wohnte ein berühmter betender Quacksalber in meiner Nähe, der reichlich so viel Zulauf hatte, wie ich. Sehr oft wurde ich von mir begegnenden Leuten nach seiner Wohnung gefragt, die ich ihnen auch treulich zeigte, was ich nicht gethan haben würde, wenn er seine Patienten mit der Trepanation und nicht durch Gebete zu heilen versucht hätte. Cline's Patienten, der 14 Monate soporös war, halte ich ganz einfach für einen Simulanten, der zum Matrosendienste der freien Nation gepresst, sich aus der Sclaverei befreien wollte. Jeder erfahrene Militairarzt weiss, mit welcher unbegreiflichen Consequenz Simulanten die grössten Unbequemlichkeiten ertragen, um ihren Zweck zu erreichen,

Unbequemlichkeiten, welche viel grösser sind als die, im Bette zu liegen und sich füttern zu lassen. Astley Cooper beklagt sich, dass der Fall von Cline nicht das gebührende Aufsehen gemacht habe; sollten die Zeitgenossen auch wohl an Simulation gedacht haben? (Aus Hutchison's Buche sehe ich, dass dies allerdings geschehen ist, obgleich dessen Verfasser auch zu den Gläubigen gehörte.)

Gegen die chronischen, nicht eiterbildenden Schädelentzündungen ist das Jodkalium das beste Mittel, von dem ich ausgezeichnete Erfolge gesehen habe. Hilft dieses nicht, so hat man zunächst an alle die entfernten Ursachen zu denken, welche Neurose herbeizuführen im Stande sind und die dagegen anzuwendenden Mittel, von denen ich bis jetzt so guten Erfolg gesehen habe, dass es mir nicht einfallen konnte, an die Trepanation in solchen Fällen zu denken.

2) Secundäre traumatische Hirnentzündung.

Man kann nur diejenigen Fälle hierher rechnen, in denen die primären Wirkungen einer Kopfverletzung völlig vorübergegangen waren und wo längere Zeit hindurch ein wirkliches oder scheinbares Wohlbefinden Statt gefunden hatte. Unter begünstigenden Umständen, Erhitzung, Erkältung, Gemüthsbewegungen, Anstrengungen, unter dem Einflusse einer kränklichen Constitution und andern Schädlichkeiten entsteht dann eine Hirnentzündung, deren Zusammenhang mit einer Kopfverletzung oft sehr undeutlich ist, wie bei Kindern, wo man so oft zweifelhaft ist, ob eine tuberculöse Encephalitis noch

in Verbindung mit einem Falle auf den Kopf steht, da es sich doch nicht abläugnen lässt, dass Exsudate jeder Art tuberculös werden können. Jeder Arzt wird es deshalb für seine Pflicht halten, doppelte Vorsicht anzurathen, wenn kränkliche Kinder auf den Kopf gefallen sind. Bei den Verletzungen durch Kriegswaffen ist dieser Zusammenhang weniger zweifelhaft, da die örtliche Läsion deutliche Spuren hinterlassen hat und oft noch nicht vollständig geheilt ist. Man kann den Kopfverletzten, so lange ihre Wunde noch offen ist, nicht genug Vorsicht empfehlen. Zur Warnung kann ich folgenden Fall mittheilen.

Ein junger talentvoller Officier von 24 Jahren wurde in dem Gefecht bei Ulderup durch einen Flintenschuss an der Stirn schwer verwundet und in ein Flensburger Lazareth gebracht. Die Kugel hatte das Stirnbein dicht über dem Arcus superciliaris der linken Seite zerschlagen und die Stirnhöhle geöffnet. Die Augenlider waren gleich nach der Verwundung so aufgeschwollen, dass der Zustand des Auges erst mit Sicherheit nach einigen Wochen erkannt werden konnte. Es war leider von der Kugel zertrümmert worden. Es traten lebhafte Reactionserscheinungen ein, Fieber, grosse Aufregung, nächtliche Delirien, das Bewusstsein war aber nie vollständig getrübt. Fünf kleine Venäsectionen und verschiedene Applicationen von Blutegeln waren um so mehr erforderlich, um die Reaction zu mässigen, weil kein Eis zu Umschlägen vorhanden war. Die zerschlagenen Schädelstücke, welche vorzüglich dem Orbitaltheile des Stirnbeins angehörten, lösten sich allmählich durch Eiterung, am längsten zögerte ein

Stück, welches die Trochlea enthielt und noch mit dem Musculus obliquus superior in Verbindung stand. Die Heilung erfolgte im Verhältniss zur Menge der abgelösten Knochenstücke mit sehr unbedeutender Difformität. Leider hatte der Verwundete sein bestes Auge verloren, das andere war von Jugend auf schwächer gewesen und hatte immer ein wenig geschielt. Das Schielen hörte nun auf und das früher so schwache Auge stärkte sich allmählich so, dass man in diesem Falle recht deutlich erkennen konnte, wie sehr die Sehkraft eines Auges dadurch allein schon leiden kann, wenn dasselbe nicht gebraucht wird, weil es schwächer ist als das andere. Der junge Mann trat wieder in Dienst als Officier und schrieb mir ein Jahr nach seiner Verwundung einen in jeder Beziehung sehr schönen Brief. Er scheint indess nicht sehr vorsichtig gelebt zu haben, er kam unter andern in der Nacht in die Wohnung eines Nachbarn, welche er für die seinige hielt. Kurze Zeit nach diesem Vorfalle, $1^1/_2$ Jahr nach seiner Verwundung, machte er ganz wohl eine kurze Eisenbahnreise, wurde unterweges von Bewusstlosigkeit und epileptischen Krämpfen befallen und starb unter fortdauernder Betäubung schon nach 24 Stunden. Bei der Section zeigte das Gehirn nur einen hohen Grad von Hyperämie, welche der verwundeten Stelle entsprechend am stärksten war. Die Stirnhöhle, welche an der verwundeten Seite nicht völlig aufgehoben war, hatte einen kleinen Fistelgang, welcher nach aussen über dem innern Augenwinkel mündete, ihre innere Wand hatte einen kleinen Riss, dessen in geringem Umfange nekrotische Ränder diesen Fistelgang ver-

muthlich unterhalten hatten. Die Dura mater war unverletzt.

Viel häufiger als solche acute Processe sind die chronischen Hirnentzündungen nach Kopfverletzungen. Nachdem lange Zeit Kopfschmerzen vorhanden gewesen sind mit Neigung zum Erbrechen, stellen sich partielle Lähmungszufälle ein, besonders häufig scheinen mir die Augen zu leiden, indem sich entweder Schielen, Ptosis oder Amblyopie einstellt, entweder an einem oder an beiden Augen. Kommt es bei diesen chronisch traumatischen Hirnentzündungen erst zur Bewusstlosigkeit oder zu halbseitigen Lähmungen, so ist wenig mehr zu hoffen. In manchen Fällen ist es unmöglich, die Zufälle der chronischen Hirnentzündung von denen eines in der Substanz desselben oder an der Peripherie befindlichen Pseudoplasmas zu unterscheiden. Nur diejenigen Tumoren lassen sich oft mit Sicherheit diagnosticiren, welche an der Basis ihren Sitz haben und sich durch collaterale Lähmungen der Kopfnerven, so wie durch contralaterale Lähmungen der Glieder verrathen. Die ältern Chirurgen schrieben das Entstehen solcher Tumoren einer vorhergegangenen Kopfverletzung zu, die wohl keinen grössern Einfluss darauf hat, als mechanische Verletzungen auf Carcinome der Brustdrüse. In zweifelhaften Fällen kann man es nicht vermeiden, Versuche mit antiphlogistischen Mitteln anzustellen, die wohl am meisten geeignet sein möchten das Leben zu verlängern, wenn ein unheilbares Pseudoplasma im Schädel besteht. Nur das Quecksilber scheint mir contraindicirt, weil es die Zersetzung der Carcinome begünstigt; örtliche Blutentziehungen, kühlende Abführ-

mittel, kalte Umschläge und Begiessungen wirken sehr wohlthätig. Bei der chronischen Hirnentzündung, welche häufig ganz fieberlos verläuft und dann bessere Prognose gestattet, ist der Merkur jedenfalls das Hauptmittel; man muss denselben bis zur eintretenden Salivation geben und diese einige Wochen lang gelinde unterhalten. Dabei können auf dem Kopfe selbst oder im Nacken Ableitungen unterhalten werden, zu denen ich jedoch nicht eher rathe bis das Quecksilber gewirkt hat. Bei eingetretener Besserung sind kalte Uebergiessungen des Kopfes von grosser Wirksamkeit.

Ich kann mir das Vergnügen hier nicht versagen einen Fall anzuführen, den ich im ersten Jahre meiner Praxis in Hannover erlebte, welcher wesentlich dazu beitrug mein Vertrauen auf die Wirksamkeit energischer Kunsthülfe zu befestigen und mich unempfindlich zu machen gegen den therapeutischen Nihilismus, der sich in unserer Zeit so breit macht bei Leuten, die keine gute practische Schule durchgemacht haben.

Ein 16jähriger Bäckerlehrling war von seinem Meister durch Schläge mit einem Stricke auf den Kopf gezüchtigt worden. Er hatte anfangs keine bedenkliche Zufälle bekommen; nach vier Wochen, als ich zu Rathe gezogen wurde, war er vollkommen blind geworden, die Pupillen waren erweitert, Kopfschmerz war seit einiger Zeit vorhanden gewesen, der Puls langsam. Ich betrachtete den Zustand als chronische Hirnentzündung und heilte ihn in 14 Tagen vollständig durch den Gebrauch des Merkurs und Einreibungen von Authenrieth'scher Salbe. Einen ähnlichen Fall sah ich nach einer im Kriege, durch einen Kolbenschlag erhaltenen Verletzung.

Es stellte sich Ptosis auf beiden Seiten ein, dabei war jedoch die Retina gegen das Licht sehr empfindlich, so dass der Patient sich durch blaue Brillen zu schützen suchte. In diesem Falle, wo Blutentziehungen und Ableitungen längere Zeit ohne Erfolg in Anwendung gezogen waren, half der Merkur allein.

Uebrigens hat man sich zu hüten, jeden nach einer Kopfverletzung längere Zeit zurückbleibenden Kopfschmerz für entzündlich zu halten.

Ein junger Officier wurde bei dem Sturme von Friedrichstadt durch einen schweren Körper, der ihm an den Helm flog, einen Stein oder eine Pallisade, zu Boden geschleudert und blieb mehrere Stunden betäubt. Es stellten sich nachher die gewöhnlichen auf Hirnerschütterungen folgenden Congestivzustände ein, welche durch Blutentziehungen, Bittersalz und kalte Umschläge bekämpft wurden; heftige Kopfschmerzen blieben indess zurück. Da diese durch Blutegel jedes Mal auf einige Zeit gemässigt wurden, so hatten die Aerzte, dem Wunsche des Patienten nachgebend, einen sehr freigiebigen Gebrauch davon gemacht. Als ich den Patienten vier Wochen nachher sah, dauerten die Kopfschmerzen noch immer, sie waren indess intermittirend, über den ganzen Kopf verbreitet und dann mit Röthung des Gesichtes verbunden, welches in der freien Zwischenzeit sehr blass aussah. Die vollkommenen Intermissionen des Kopfschmerzes und der Umstand, dass der Patient schon vor seiner Verletzung häufiger an Kopfschmerzen gelitten hatte, das anämische Aussehen und der schwache Puls liessen mich vermuthen, dass es sich hier um eine Neurose handle Der günstige Einfluss, welchen mässige

Gaben Opium hatten, bestätigten diese Ansicht und veranlassten mich kräftige Nahrung und Wein mit dem besten Erfolge zu verordnen und den Patienten später in ein Seebad zu schicken, wo er vollends geheilt wurde.

Typhus bei Kopfverletzten.

Ich habe diesen Fall einmal erlebt bei einem Kopfverletzten, welcher in einem Saale lag, in welchem früher Typhuspatienten gelegen hatten.

Ein Musketier von 26 Jahren hatte am 6. Juli 1849 bei Friedericia einen Schuss an der Stirn erhalten, durch welchen ein Stück des Ossis frontis über dem Processus zygomaticus der linken Seite von der Grösse eines Quadratzolls zertrümmert worden war. Er war nur einige Augenblicke betäubt gewesen und hatte nicht erbrochen. Es traten gar keine üble Zufälle ein, so dass nicht einmal eine Venäsection nothwendig wurde, bloss kalte Umschläge und Bittersalz; die Knochensplitter wurden allmählich extrahirt, so wie sie sich voll ständig gelöst hatten.

Am 6. August stellten sich zuerst auffallende Veränderungen des Befindens ein, Unruhe, Schlaflosigkeit, belegte Zunge, Durst, Mattigkeit, kleiner frequenter Puls, Bronchitis, Diarrhöe. Ich sah den Patienten einen Tag nach dem Auftreten dieser Zufälle und sprach meine Vermuthung aus, dass es sich um Typhus handle, weil der Patient weder Kopfschmerzen noch Eingenommenheit des Kopfes hatte, dagegen Husten und Diarrhöe und weil die Wunde gar keine Veränderung zeigte. Da bei den Bewohnern der Herzogthümer die Milz meistens etwas

gross ist, so konnte diese nicht entscheidend sein. Leider war der Patient bereits zur Ader gelassen worden und obgleich ihm sein Arzt die von mir gerathene Salzsäure verordnete, so liess er sich doch nicht abhalten ihm noch mehrere Male Blutegel zu setzen. Zwei Tage vor seinem Tode fand ich ihn noch mit 18 Blutegeln an den Schläfen, die ich sofort entfernen liess. Die später aufgetretenen typhösen Delirien hatten leider die Veranlassung geboten an Hirnentzündung zu glauben. Erst mit dem Trockenwerden der Zunge am 9. August fing auch die Wunde an trocken zu werden. Er starb am 13. August und die Section wies zahlreiche Typhusgeschwüre des Dünndarms im ersten und zweiten Stadio nach. Das Gehirn zeigte keine erhebliche Veränderung, die Lungen Spuren des Katarrhs und Oedem.

Ich glaube nicht, dass ein aufmerksamer Arzt die Zufälle des Typhus bei einem Kopfverletzten verkennen kann, wenn er sich einer unbefangenen Erwägung der vorliegenden Symptome überlässt und die Wunde für den Augenblick sich aus dem Sinne schlägt. Ohne die Aderlässe und 36 Blutegel wäre der Patient vermuthlich nicht bloss von seiner Kopfverletzung, sondern auch vom Typhus genesen.

Delirium tremens bei Kopfverletzten.

Bei der grossen Mässigkeit der Bewohner der Herzogthümer im Genusse spirituöser Getränke ist mir dieser Fall nur einmal bei einem Ausländer vorgekommen, welchem durch einen Schuss der rechte Processus mastoideus zertrümmert worden war. Obgleich keine

Venäsection angestellt worden war, so stellten sich doch schon am 6ten Tage die Vorboten des Säuferwahnsinns ein, der durch Schlaflosigkeit und Zittern der Hände nicht wohl zu verkennen war und im Entstehen schon durch Opium unterdrückt wurde. Es wurde dem Verwundeten dann Morgens ein Glas Portwein gestattet. Später, in ein Privatquartier verlegt, trank er den Wein flaschenweise und bekam etwa zwei Monate nach erhaltener Wunde eine unvollkommene Lähmung der linken Seite. Dadurch erschreckt, stellte er das Trinken ein und wurde vollkommen geheilt.

Als nach der Schlacht bei Idstedt die Armee durch Anwerben von Ausländern verstärkt wurde, kamen plötzlich eine Menge Fälle von Delirium tremens zum Vorschein. Als ich den commandirenden General darauf aufmerksam machte, mit wie geringer Umsicht die Werbungen Statt finden müssten, trug er mir auf dafür zu sorgen, dass die, welche an Delirium tremens gelitten, wieder fortgeschafft würden. Ich konnte ihm indess die Beruhigung geben, dass meine jungen Aerzte bis dahin alle ihre Patienten mit Blutentziehungen und einem zu furchtsamen Gebrauche des Opiums nach dem Kirchhofe geschafft hätten.

In Städten, wo der Branntwein herrscht, gehört es zu den alltäglichen Vorfällen, dass Kopfverletzte Delirium tremens bekommen, was junge Aerzte nie vergessen sollten. Nicht selten entsteht auch die Frage, ob eine Kopfverletzung oder ein Rausch die vorzüglichere Ursache eines betäubten Zustandes sei. Ein umsichtiger Arzt wird beides wohl zu unterscheiden wissen, besonders da es sich bei plötzlich entstandener Betäubung

nach einem Schlage oder Falle doch mehr um die Zufälle der Erschütterung handelt, welche mit denen des Rausches wenig Aehnlichkeit haben. Vollständige Bewusstlosigkeit durch Hirndruck allein setzt aber eine grosse Gewaltthätigkeit voraus, welche ihre Spuren am Kopfe hinterlassen zu haben pflegt. Herr Nelaton räth in zweifelhaften Fällen lieber eine Ader zu öffnen. Wenn er übrigens das Geruchsorgan vorzüglich zur Diagnose zu benutzen empfiehlt, so ist dies Zeichen nicht pathognomonisch in Ländern, wo Abends jeder nach Bier riecht. Einer meiner Assistenten in München liess einer sehr bekannten Person, welche bewusstlos ins Krankenhaus gebracht wurde, mit der Nachricht, der Patient sei die Treppe hinuntergeworfen worden und unten bewusstlos liegen geblieben, den ganzen Kopf rasiren, um eine Kopfverletzung zu entdecken. Am folgenden Morgen hatte der Patient seinen Rausch ausgeschlafen und erschien Tags darauf zum allgemeinen Ergötzen bei der Eröffnung des Bockkellers.

Behandlung.

Nützliche Heilmethoden werden meistens empirisch gefunden, so gut wie viele andere nützliche Erfindungen, aber es bedarf dann des Lichts der Wissenschaft, um dieselben ihrem ganzen Umfange nach zu würdigen und ihnen eine bleibende Stelle anzuweisen. Schon vor 300 Jahren hatte Lanfranchi ganz dieselben beschränkten Indicationen für den Gebrauch des Trepans gefunden, welche ein chirurgisches Genie unserer Zeit, Dieffenbach, zum zweiten Male seiner Praxis ent-

lehnte, während andere gelehrte Herren, die den Mangel an Beobachtungsgabe hinter einer starren wissenschaftlichen Consequenz verstecken möchten, noch so exorbitante Forderungen im Gebrauche der Trepanation machten, dass man behaupten könnte, die erste Indication zu ihrer Anwendung bestehe darin, dass der Wundarzt selbst auf den Kopf gefallen sein müsse. Glücklicher Weise waren sie meistens zu klug, um die von ihnen aufgestellten Indicationen selbst zu befolgen, sondern überliessen dies Andern. Dass diese Lehren jedoch Anwendung gefunden haben, kann man am besten aus den Nassau'schen Berichten erfahren, bei denen man nur bedauert, dass die behandelnden Aerzte nicht die Autoren citirt haben, deren Rathschläge sie befolgt hatten. Es könnte dann jeder wissen, was für eine Wirkung seine Werke hervorgebracht hätten. Meine früheste chirurgische Beobachtung aus meinem siebenten Jahre betraf eine sehr bedeutende, ohne Trepanation geheilte, Schädeldepression. Im Jahre des grossen Cometen 1811, zeigte mir mein seliger Vater einen von ihm geheilten Bäckergesellen von 19 Jahren, dem ein Scheit Holz, 70 Pfund schwer, 3 Stockwerke hoch herunter auf den Kopf gefallen war. Er hatte einen hinter der Kranznath, quer über den Scheitel verlaufenden, tiefen Eindruck, in welchen mein Vater mich den Finger legen liess. Die erste chirurgische Operation von der ich Zeuge war, bestand in einer Trepanation, welche Wedemeyer machte. Sie betraf einen 40jährigen Mann, der von einem, ihm an der Thür auflauernden Feinde einen Schlag mit einem Mauersteine vor die Stirn erhalten hatte. Der Bösewicht hatte sich einen

Stein ausgesucht, an dessen einer Ecke ein kleiner Kiesel eingebacken war und einen runden Vorsprung bildete. Der Verwundete hatte die ersten drei Tage keine bedeutende Zufälle gehabt, war am vierten unbesinnlich geworden. Nach Erweiterung der kleinen Wunde in der linken obern Partie des Stirnbeins kam ein Sternbruch zum Vorschein, ganz den Depressionen ähnlich, wie eine Kugel sie macht. Mit einer grossen Krone wurde die ganze deprimirte Stelle ausgesägt. Der Mann starb am nachfolgenden Tage. Das Gehirn zeigte sich bei der Section hyperämisch und mit gelblich serösem Exsudat unter der Arachnoidea überzogen. Nach meinen jetzigen Erfahrungen kann ich dreist behaupten, dass, wenn dieser Patient nicht trepanirt, sondern mit Blutentziehungen und Eisumschlägen behandelt worden wäre, sein Mörder nicht Zeitlebens ins Zuchthaus gekommen sein würde.

Während meiner 7jährigen Studien habe ich nie einen Kopfverletzten durch Trepanation heilen sehen, obgleich ich 3 Jahre lang dem Besuche der Spitäler in Berlin, Wien, London und Paris gewidmet habe, wohl aber schwere Kopfverletzungen ohne Trepanation.

Im ersten Semester meiner akademischen Thätigkeit hatte ich zwei schwere Kopfverletzte zu behandeln. Einem Arbeitsmann war durch einen fallenden Stein das linke Seitenwandbein im Umfange von zwei Quadratzoll vollig entblösst und zertrümmert. Kopfzufälle waren nicht vorhanden. Ich hatte mich damals den Ansichten hingegeben, welche von Dease und Astley Cooper gelehrt, von dem klugen und edlen Brodie

aber durch statistische Nachweisungen aus den Londoner Spitälern begründet worden waren, dass man bei complicirten Schädelfracturen, der sicher zu erwartenden Eiterung wegen, trepaniren müsse. Diese Ansicht schien mir um so plausibler, weil sie das Analogon unseres Verfahrens bei Fracturen der Extremitäten ist, die man nur resecirt, wenn sie mit einer Wunde der Weichtheile complicirt sind, während man sich wohl hütet in andern Fällen die zerbrochenen Knochen der Luft zu exponiren. Dieser Ansicht zufolge trepanirte ich den Patienten, um die eingedrückten Fragmente grösstentheils zu entfernen, die übrigen zu erheben. Er genas ohne alle schlimmen Zufälle.

Fast gleichzeitig behandelte ich mit Dr. Wollner ein 8jähriges Kind mit einer furchtbaren Schädeldepression. Das kleine Mädchen, die Tochter eines reichen Fabrikanten, hatte zwischen den grossen Quadersteinen gespielt, welche für den Canalbau vor der Thür seiner Eltern lagen. Ein grosser Stein war umgesunken und hatte den Kopf des Kindes eingeklemmt. Das linke Schläfenbein mit einem Theile der benachbarten Knochen war so tief eingedrückt, dass man bequem einen Löffel Wasser in die Vertiefung hätte giessen können, alle Näthe des Schädels waren auseinander gewichen, so dass die rechte Hälfte des Schädels höher stand als die linke. Es wäre Wahnsinn gewesen an Trepanation zu denken. Das Kind genas ohne bedeutende Zufälle, hatte aber nach einem Jahre noch dieselbe verschobene Gestalt des Schädels.

Ich stellte dem Naturforscherverein in Erlangen im Jahre 1840 meinen Trepanirten vor. Mein ehrwürdiger

Freund Textor sagte mir, dass nach seiner Meinung die Trepanation nicht nöthig gewesen sei; da er mir indess nicht mittheilte, wie die Natur solche tiefe complicirte Schädeldepressionen heile, so erschien mir diese Ansicht mehr wie ein Paradoxon. Indess vergass ich sie nicht und muss ihm jetzt vollkommen Recht geben.

Ich habe später nur einmal trepanirt, bei einem Knaben von 12 Jahren in München, dem ein Hufschlag beide Wände der Stirnhöhle der linken Seite zertrümmert hatte. Mit einer grösseren Krone nahm ich die äussere Wand weg, mit einer kleineren die eingedrückte innere Wand. Der Kranke starb, aber nicht an seiner Kopfverletzung, sondern unter den Erscheinungen von Lungenlähmung, an einer zugleich erhaltenen Contusion des Thorax, der ebenfalls einen Hufschlag erlitten hatte und im Mediastino anteriori ein grosses Blutextravasat enthielt. Das Gehirn zeigte, ausser der granulirenden Dura mater und etwas Hyperämie der Pia mater hinter der trepanirten Stelle, keine Veränderungen.

Während meines Aufenthaltes im südlichen Deutschland hatte ich fortwährend Kopfverletzte in meiner Klinik. In Kiel, unter dem friedlichen, vorsichtigen und enthaltsamen Volke, in dessen Mitte ich lebte, gehörten sie zu den Seltenheiten.

Ich bemerkte sehr bald, dass die Indication, welche man aus dem Vorhandensein einer Wunde herleiten kann, keine sehr positive ist, da am Kopfe, so gut wie an den Extremitäten, die bei Fracturen vorkommenden Wunden schnell heilen können, mit geringer oder gar keiner Eiterung, dass Brodie's Grundsatz also entweder sehr elastisch sei, oder allen Halt verliere, wenn es der Be-

handlung gelingen könne in jedem Falle einer diffusen Eiterbildung vorzubeugen. Dass die Wegnahme loser Fragmente ohne Trepanation mit dieser ziemlich gleichbedeutend sei, ergab sich schon aus der früher erzählten ersten Beobachtung einer Schussfractur, welche ich in Freiburg sah. Noch einmal jedoch im Felde 1849 wiederholte ich diese prophylaktische Operation mit sehr schlechtem Erfolge, wie ich oben pag. 409 erzählt habe. Es wurde mir nun klar, welch einen nachtheiligen Einfluss der Zutritt der Luft auf die gequetschte Hirnpartie ausüben müsse. Gleichzeitig machte Prof. Langenbeck zwei ähnliche Operationen in Flensburg mit schnell tödtlichem Erfolge.

Nach der Schlacht bei Kolding befanden sich in den Lazarethen von Kolding, Christiansfelde und Hadersleben acht Schussfracturen des Schädels mit Eindruck und bedeutendern oder geringern Hirnzufällen. Mit Ausnahme eines einzigen wurde in allen diesen Fällen die Absonderung der Splitter der Natur überlassen. Sie genasen alle acht vollständig; bei dem einen, welcher vollkommen bewusstlos war, nahmen die Zufälle in den ersten 7 Tagen nicht ab, ich wurde unruhig und entfernte sämmtliche Fragmente mit Hülfe eines Myrthenblattes und der Pincette, nach einer Erweiterung der Wunde. Die Dura mater hatte einen kleinen Riss. Da dies aber, weit entfernt den Sopor zu vermindern, denselben eher vermehrte, und die Beunruhigung der Wunde eine Gesichtsrose zur Folge hatte, so beschloss ich mich in Zukunft jedes operativen Eingriffs zu enthalten und die Sequester erst nach ihrer völligen Lösung zu entfernen. Auch dieser Patient wurde nach

fünfwöchentlicher, allmählich abnehmender Betäubung völlig geheilt und belustigte später alle seine Umgebungen durch die Heiterkeit seines Geistes.

Die glückliche Heilung von acht ziemlich gleichen Fällen gab mir das vollkommenste Zutrauen zu einer nicht operativen, auch nicht exspectativen, aber einfach antiphlogistischen Behandlung; ich empfahl dieselbe den jüngeren Aerzten und hatte das Vergnügen zu sehen, dass ohne grosse Nachlässigkeit in der Anwendung der Antiphlogose, oder ohne Einwirkung neuer Schädlichkeiten alle Schädelfracturen durch Kleingewehrfeuer mit Eindruck, bei denen die Verletzung der Dura mater und des Gehirns zweifelhaft blieb, aber in vielen Fällen aus der Tiefe des Eindrucks mit Sicherheit angenommen werden konnte, nach dieser Methode geheilt werden können und dass weder Lähmungen zurückbleiben, selbst wenn sie anfangs vorhanden waren, noch Störung der Geistesfunctionen, wenn der betäubte Zustand auch Wochenlang gedauert hatte.

Im Jahre 1850 war ich durch die Erfahrungen des ersten Feldzuges in Beziehung auf diese Wunden so fest in meinen Ansichten, dass ich die nicht operative Behandlungsweise ohne alle ängstliche Sorge in Anwendung zog als, nach dem Sturme auf Friedrichstadt, zwei junge Aerzte, Söhne von Professoren der Medicin, von denen der eine mein College in Kiel war, der andere mein hochverehrter College in Erlangen, mit Kopfverletzungen in meine Behandlung kamen; ich behielt sie jedoch unter meiner speciellen Aufsicht. Der eine junge Doctor, von schwachem Habitus, hatte einen Haarseilschuss der rechten Schläfengegend mit einer

fühlbaren tiefen Depression und, ausser einem mehrere Wochen dauernden Schwindel beim Aufrichten und Kopfschmerzen, keine Hirnzufälle. Er wurde ohne Aderlässe geheilt, nachdem Knochenstücke von beiden Tafeln des Schläfenbeins abgegangen waren. Der andere, ein kräftiger junger Mann, hatte einen tiefen Eindruck des rechten Seitenwandbeins. Er hatte ebenfalls etwas Schwindel, der aber kürzere Zeit anhielt und eine unvollkommene Gefühlslähmung im Gebiete des Nervus medianus der linken Seite, die sich erst nach mehreren Wochen verlor. Er konnte z. B. einen Schlüssel oder ein Geldstück in der Tasche mit der linken Hand nicht gut finden. Ich kann wohl sagen, dass ich diesem das Leben durch eine Aderlässe erhalten habe, die ich am dritten Abend anstellen liess, als der Puls voller und etwas schneller wurde und der Kopf anfing stärker eingenommen zu werden. Er fühlte sogleich die wohlthätige Wirkung der Blutentziehung und hatte nachher gar keine üble Zufälle. Ein dritter, diesem ganz ähnlicher Fall bei einem Musketier verlief tödtlich, weil der behandelnde Arzt blutscheu war und die Reaction ungestört bis zu ihrer vollständigen Entwickelung gelangen liess und dann sich eingebildet hatte mit einigen Blutegeln die ausgebildete Hirnentzündung curiren zu können. Er hat diesen Fall selbst bekannt gemacht, scheint indess nichts daraus gelernt zu haben. Prof. W., ein naher Verwandter des jungen Arztes, welcher einige Wochen lang eine Parese des Medianus zurückbehielt, erwähnt dieses Falles in seinen physiologischen Briefen und ergreift diese Gelegenheit, um die Bemerkung zu machen, die Aerzte wüssten aus solchen wich-

tigen Beobachtungen nichts für die Entdeckung der centralen Nervenendigungen zu machen. Dies ist leider wahr und Prof. W. wird gewiss allen Aerzten die grösste Freude machen, wenn er ihnen seine Entdeckungen in dieser Beziehung nicht länger vorenthält. Wenigstens wird er mit den centralen Enden des Medianus jetzt doch genau bekannt sein.

Aus den beiden Feldzügen von 1849 und 1850 besitze ich die Notizen über 41 Schussfracturen des Schädels mit Eindruck, in welchem über die Schädelfractur kein Zweifel Statt findet, weil der Schädel entblösst war, die Läsion der Dura mater und des Gehirns jedoch zweifelhaft ist, weil diese nur sicher constatirt werden kann, wenn Hirnmasse zum Vorschein gekommen ist, oder wenn man die zertrümmerten Schädelstücke frühzeitig extrahirt. Von diesen 41 Fällen endeten 7 tödtlich, 1 durch Leberabscess, 1 durch Typhus, 2 durch vernachlässigte Antiphlogose an primärer Encephalitis, 2 durch Phlebitis encephalica, 1 durch secundäre Encephalitis in Folge von Wirthshausbesuch; 34 wurden geheilt, darunter ein einziger unter Anwendung der Trepanation. Dr. Ross, der diese einzige Trepanation, welche in allen drei Feldzügen ein glückliches Resultat gegeben hat, verrichtete, hat den Fall in der deutschen Klinik beschrieben. Nach einer, bei dem Sturm von Friedrichstadt erhaltenen Kopfwunde hatte der Verwundete, welcher die 20 Meilen weite Reise von Friedrichstadt nach Altona ohne Beschwerde zurückgelegt hatte, sich Tagelang gut befunden und bekam dann die Zufälle acuter Encephalitis. Ross trepanirte ihn und fand ein abgesprengtes Stück der innern

Tafel unter einem leicht deprimirten Theile des Stirnbeins. Sieben Aderlässen und 60 Blutegel waren, ungeachtet der Trepanation, erforderlich, um die fortdauernde Hirnentzündung zu bekämpfen. Ich kann nicht umhin, der kräftigen Antiphlogose in diesem Falle den Erfolg zuzuschreiben und nicht der Trepanation. Die höchste Zahl der Aderlässen, welche ich bei nicht trepanirten Kopfverletzten angewendet habe, und das auch nur in einem Falle, waren fünf und zwar im Jahre 1849, wo wir kein Eis zur Disposition hatten. Dr. Ross' Fall kann dazu dienen die Unbequemlichkeiten, welche noch später die Trepanation darbietet, zu erläutern. Nach seiner Heilung bekam der Patient von Neuem gefährliche Hirnzufälle, nachdem er zufällig mit dem Ende einer Peitschenschnur an der trepanirten Stelle getroffen worden war.

Ein anderer von Dr. Ross Trepanirter, bei dem es sich nur um ein kleines Bleistück handelte, welches sich in der Diploë abgestreift hatte, von welchem er mit der Zeit üble Zufälle oder Hindernisse in der Heilung besorgte, kann gar nicht in Betracht kommen, soweit es sich um den Nutzen der Trepanation handelt. Erst durch das nach meiner Ansicht unnöthige Aussägen des Bleistückchens wurde die innere Tafel verletzt und die Dura mater blossgelegt, glücklicher Weise ohne üble Folgen.

Dr. Beck hat eine ähnliche ganz überflüssige Trepanation gemacht, und sie ist die einzige, welche er zu Gunsten seiner weitgehenden Indicationen mitzutheilen hat. So viel ist doch wenigstens klar, dass man um solcher kleinen Bleistückchen in der Diploë

willen nicht den Schädel aufsägen sollte, entweder muss man sie mit einem scharfen Hohlmeissel herausschneiden ohne die innere Tafel zu verletzen oder man lässt sie ruhig sitzen.

Kopfverletzungen durch Schusswaffen dürfen nur in ganz frischem Zustande durch Eingehen mit dem Finger oder der Sonde vorsichtig untersucht werden.

Sie dürfen anfangs unter keinem Vorwande erweitert werden, weder der Diagnose, noch der Prophylaxis wegen. Abhaltung der Luft, welche die Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten begünstigt, ist bei allen indicirt. Dadurch verhütet man besser die diffusen Entzündungen aller Art, in welchen eine Hauptgefahr derselben besteht, als durch Einschnitte und Trepanation, um Splitter aufzuheben und auszuziehen oder Blutextravasate herauszulassen, welche resorbirt werden, wenn sie nicht durch Oxydation in Berührung mit der Luft zersetzt werden.

Die Abschliessung der Luft geschieht am besten durch ein feines mit Wasser befeuchtetes Läppchen, welches sich genau an die Wunde anschliesst und nur selten erneuert wird. Darüber kommt etwas weiche Charpie, trocken aufgelegt, über diese eine feuchte Compresse und ein Kopfnetz, welches den Verband festhält. Nach dem Weglassen der kalten Umschläge befeuchtet man das Wundläppchen mit Oel. Ueber dem Kopfnetze kommen die kalten Umschläge zu liegen.

Das Kopfnetz ist der einzige zweckmässige Verband für Kopfverletzte, weil es fest liegt ohne zu drücken und zu erhitzen. Dasselbe muss aus Filet von grobem Baumwollengarne gearbeitet sein und dreierlei Bänder

haben, ein circuläres, welches über die Stirn, die Schläfen und das Hinterhaupt läuft. Bänder zum Zubinden unter dem Kinn und ein Scheitelband, welches das Netz wie die Schnur einen Geldbeutel an sich zieht.

Jeder Kopfverletzte muss einer aufmerksamen Beobachtung unterworfen werden. Der beste Rath, welchen Astley Cooper in seinen Vorlesungen über Kopfverletzungen giebt, ist der, einen an Hirnerschütterung Leidenden wenigstens dreimal am Tage zu besuchen. Diese Vorsicht muss unter allen Umständen bei Kopfverletzten in der ersten Zeit angewendet werden, sonst verfehlt man den richtigen Zeitpunct zur Aderlässe.

In Betreff der örtlichen Behandlung ist die vorsichtige Extraction völlig gelöster Splitter und fremder Körper die Hauptsache. Nur innerhalb der ersten 24 Stunden dürfen völlig lose Splitter mit der Pincette entfernt werden, so wie Kugeln, welche lose in der Wunde liegen, oder ausserhalb des Schädels; eingekeilte Kugeln, welche nur durch die Trepanation, oder auf andere gewaltsame Weise entfernt werden könnten, muss man sitzen lassen, sie leisten mitunter dieselben Dienste wie die Schädelfragmente, durch Abhaltung der Luft von gequetschten Hirntheilen. Diese können sich einkapseln und dadurch später ohne diffuse Entzündung ausgestossen werden. Vor keinem Fehler hat man sich sorgfältiger in Acht zu nehmen als vor zu frühen Versuchen die Sequester zu entfernen, während es gar keinen Schaden bringt sie länger sitzen zu lassen als durchaus nöthig ist. Vor Ende der ersten Woche sollte man gar nicht daran denken und selten vor Ende der dritten Woche an kleine Erweiterungen der Wunde, zum Zweck

der Extraction. Diese gelingt in der Regel durch blosses zur Seite Schieben oder Abtragen wuchernder Granulationen, welche durch ihre Neigung zum Bluten auch hier die Gegenwart loser Sequester andeuten.

Diese Rathschläge sind nichts Neues, man braucht nicht zu den erklärten Feinden der Trepanation zu gehen, um sie anzutreffen. Hennen, welcher selbst bei bedeutender Schädeldepression nur trepanirte, wenn anhaltende, den Blutentziehungen nicht alsbald weichende, Hirnzufälle vorhanden waren, sagt, dass es wegen deprimirter Knochenstücke allein nicht absolut nöthig sei zu trepaniren, obgleich Niemand so verwegen sein werde, Splitter, die leicht zu entfernen sind, liegen zu lassen. Er erwähnt eines Falles, in dem ein Mann mit einer trichterförmigen, $1^1/_2$ Zoll tiefen Depression, noch 13 Jahre lebte und sich wohlbefand, wenn er nicht zu viel trank. Hennen besass mehrere ähnliche Präparate.

Wenn aber so tiefe Depressionen nicht an sich die gewaltsame Entfernung der Bruchstücke erfordern, so thun sie dies auch nicht in Verbindung mit Bewusstlosigkeit, Lähmungen, oder gar mit Zufällen von Hirnentzündung.

Die ausgedehntesten Hirnverletzungen an den Hemisphären kommen vor ohne Bewusstlosigkeit und Lähmung, die Hirnverletzung ist also nicht ihre unmittelbare Ursache, sondern diese vermittelt sie erst durch Blutextravasat, Congestion oder Entzündung.

Die vorhandene Hirnverletzung wird durch Entfernung deprimirter Stücke nicht beseitigt. Im Gegentheile ist es wahrscheinlich, dass die letztere Oel ins

Feuer giesst und die Reaction steigert. Blutergüsse kommen bei Schussfracturen des Schädels wenig in Betracht, bei weitem mehr in der Civilpraxis; aber sogar die Civilärzte haben das Trepaniren wegen innerer Blutergüsse aufgegeben. Nelaton erzählt 1849, dass von den in den letzten 15 Jahren in den Pariser Spitälern vorgenommenen 16 Trepanationen dieser Art keine einzige das Leben erhalten habe. Prof. Wernher will dabei freilich noch trepaniren, räth aber ein kleines Loch zu machen, während alle anderen Wundärzte das Gegentheil verlangen, weil man sonst die Coagula gar nicht herausbringe. Wegen eines vermeinten Blutextravasats sollte deshalb doch nie ein Militairarzt bei Schussfracturen des Schädels trepaniren.

Die Erschütterungszufälle verschwinden nach Schusswunden so schnell, dass sie keine Irrungen in der Diagnose der Zufälle erregen können, aber desto grössere, wenn man die Reactionserscheinungen, welche ihr angehören, der Schädelverletzung zuschreibt und deshalb trepaniren will.

Ist es nun durch unzählige Erfahrungen sicher gestellt, dass nicht bloss subcutane, sondern auch offene Schädeldepressionen mit Splitterung ohne nachbleibenden Schaden und ohne sofortige Extraction oder Entfernung der Splitter geheilt werden können, so erfordern es die allgemeinen Regeln der ärztlichen Kunst zunächst, überall die Heilung auf dem einfachsten, sichersten Wege zu versuchen und die Bekämpfung der Reactionserscheinungen auf dieselbe Weise zu unternehmen.

Nach meiner Ansicht macht es unserm erleuchteten Zeitalter wenig Ehre, dass man noch in so vielen chi-

rurgischen Werken liest, Schädeldepressionen erfordern nur dann die Trepanation, wenn sie Hirnzufälle machen; also wenn das Gehirn durch sein Anschwellen zu gross für den Schädel wird und dadurch bei vorhandener Depression Bewusstlosigkeit und Lähmung an der entgegengesetzten Seite macht, weil an der verletzten Seite der Raum etwas mehr verengt ist, soll man ein kleines Loch in den Schädel machen, durch welches die Luft wohl eindringen kann, die alle Verletzungen so viel gefährlicher macht, durch welches der Raum des Schädels aber nur um ein Minimum erweitert wird. Diese Raumerweiterung kommt denn auch noch vorzüglich der gequetschten Hirnpartie zu gute, die darauf erst vollends hyperämisch werden muss. Allerdings scheint Dr. Emmert sich die Wirkung der Trepanation wie ein Debridement zu denken. Er will bei Schädelhyperostosen, welche die Entwickelung des Gehirns hemmen, elliptische Stücke aus dem Schädel sägen! Welch schöne Aussichten für beschränkte Köpfe!

Wenn Schädeldepressionen an sich keine Anzeige zur Trepanation geben, so geben sie dieselbe auch dann nicht, wenn unter dem Einflusse der Reaction Bewusstlosigkeit und Lähmungen auftreten. Diese indiciren dann nur die Mittel, welche die Reaction im Zaum halten und zu diesen Mitteln gehört die Trepanation nicht im Mindesten.

In dieser Beziehung hat man auch der antiphlogistischen Behandlung längst ein gewisses Feld eingeräumt, indem man sagte, man solle erst dann trepaniren, wenn die Blutentziehungen keine Besserung herbeiführten. Man scheute sich aber mit Entschiedenheit darüber Auf-

schluss zu geben, wie lange man denn diese antiphlogistisch exspectative Behandlung fortsetzen sollte, ehe man zur Trepanation schreiten dürfe! Man überliess dies dem practischen Tacte, diesem unbeschreiblichen Etwas, der Mischung von Klugheit, Wissenschaft und Erfahrung. Der practische Tact giebt aber keine positiven allgemeinen Rathschläge, sondern nur Consultationen.

Die Frage, wie lange man die Trepanation verschieben sollte, konnte früher nicht gelöst werden; dies wurde erst möglich dadurch, dass man einmal consequent gar nicht trepanirte. Dies habe ich in zwei Feldzügen gethan und das Resultat davon oben mitgetheilt. Nach der Auseinandersetzung meiner Gründe dazu wird dies hoffentlich Niemand für ein Experiment halten, sondern für das nothwendige Resultat der Beobachtung und der Berichtigung vorgefasster Meinungen. Wir haben uns freilich keiner Heilungen von Kopfverletzten zu rühmen, bei denen die Kugel und Knochensplitter tief in das Gehirn eingedrungen waren, aber was hat in diesen die Trepanation genützt oder was hätte sie in andern Fällen nützen können? Ist das gewonnene Resultat nicht wichtig genug, dass man bei zweckmässigem Verhalten und richtiger Behandlung alle Schussfracturen heilen kann, bei denen die Dura mater wenig oder gar nicht verletzt ist? Gehören nicht in diese Kategorie auch die meisten der mit der Trepanation Geheilten?

Die Tabellen der Nassauer Jahrbücher bestätigen im Allgemeinen meine selbstgewonnenen Ansichten. Bei allen Arten von Schädelverletzungen ergab die Be-

handlung ohne Trepanation ein besseres Resultat als die mit Trepanation. Nur für die Fälle von (pag. 761 No. 4) Fissur, Fractur, Depression mit primitiver Gehirnaffection kommt ein etwas besseres Resultat für die operative Behandlung heraus, wenn man die Entfernung der Fragmente mit zu der Trepanation rechnet, nämlich 26,8 Procent für die exspectative, 9,6 Procent für die Entfernung der Fragmente und 24,1 für die Trepanation. Rechnet man also die beiden letztern zusammen, so hat man 26,8 für die exspectative und 33,7 für die operative Behandlung. Dieser Calcul scheint dazu einzuladen in allen Fällen von Schädeldepression und primitiven Gehirnzufällen zu trepaniren, wie dies auch der verehrungswürdige Herausgeber des Werkes, Dr. Fritze, andeutet, indem er sagt, dass dabei die Trepanation als Regel zu betrachten sei. Es lässt sich nicht läugnen, dass Druckerscheinungen, welche unmittelbar nach diefen Impressionen entstehen, dem Anscheine nach die bestimmteste Indication zum Trepaniren darbieten. Es ist aber noch fraglich, was auch in diesen Fällen ein geduldiges, auf die vorhandene Betäubung nicht zu viel Rücksicht nehmendes Zuwarten ausrichten wird. Es verdient auch besonders hervorgehoben zu werden, dass die Nassauschen Aerzte sich auch in den Fällen, wo sie nicht trepanirten, oder die Fragmente erhoben, fast immer der Einschnitte bedienten, welche Dr. Fritze, doch wohl mit Unrecht, nicht zu den operativen Eingriffen gerechnet hat. Was würde wohl daraus entstehen, wenn man bei jedem complicirten Knochenbruche an der Stelle einer kleinen Wunde einen grossen Einschnitt machen wollte? Schneidet man auf Schädel-

depressionen ein, so thut man jedenfalls am besten auch die Fragmente zu extrahiren und nöthigenfalls zu trepaniren; dies zeigt die viel grössere Sterblichkeit bei blosser Elevation der Fragmente ohne Trepanation, wobei die Entfernung der Fragmente doch wohl meistens nicht so vollständig gewesen ist, als wenn man die Trepanation damit verband. Auch auf complicirte Fracturen schnitt man bisher nur dann ein, wenn man Fragmente entfernen oder reseciren wollte. Der erheblichste Einwand gegen die Trepanation lässt sich aber weniger deutlich aus No. 4 herleiten als aus den übrigen Nummern, in denen die Resultate der Trepanation wahrhaft erschreckend sind.

Resultate der Heilung.

Behandlung.	Von 100 wurden geheilt		
	ohne Operation	mit Entfernung der Fragmente	mit Trepanation
1) bei Fissur, Fractur .	64,1	17,9	5,1
2) bei Fissur, Fractur und Depression	47,7	13,6	13,6
3) bei Fissur, Fractur und primitiver Gehirnaffection	34,1	4,1	8,2
4) bei Fissur, Fractur, Depression und primitiver Gehirnaffection	26,8	9,6	24,1

Rechnet man die Geheilten der drei ersten Kategorien, bei denen Dr. Fritze die Trepanation verwirft, procentisch zusammen, so kommen auf 100 ohne Operation Behandelte 48,6 Geheilte; auf 100 mit Entfernung der Fragmente oder Trepanation Behandelte 24,1 Geheilte. Die operative Behandlung giebt daher 24,1 Procent weniger Geheilte; der nachtheilige Einfluss der operativen Behandlung in den leichten Schädelverletzungen ist daher augenscheinlich und es ist nicht wohl zu begreifen, wie die Eingriffe, welche schon in leichteren Fällen so grossen Nachtheil bringen, bei den schweren Fällen so positive Vortheile gewähren können. Es ist nun gar nicht abzusehen, wie ganz anders sich die Heilungs- und Mortalitäts-Tabellen herausstellen werden, wenn man nicht bloss die Trepanation, sondern auch die Einschnitte, sowohl zu diagnostischen, als auch zu therapeutischen Zwecken unterlässt und die antiphlogistische Behandlung weniger stürmisch erfolgen lässt, weil man jetzt weiss, dass nicht bloss ein Kopfverletzter ausnahmsweise, sondern viele, entweder gleichzeitig in verschiedenen Orten und Hospitälern, oder zu verschiedenen Zeiten, Wochen lang im Sopor liegen können und doch vollkommen geheilt werden. Zur Verbreitung dieser Grundsätze haben Dieffenbach und ich in der neuesten Zeit einigen Anstoss gegeben. Autoritäten giebt es in unserer Zeit freilich nicht mehr, wenigstens keine deutsche für einen Deutschen; aber wenn ein Mann wie Dieffenbach seine letzten Kräfte zusammenrafft, um der Welt aus der Fülle seiner Erfahrung ein kostbares Vermächtniss zu hinterlassen, so sollte man doch meinen, dass selbst seine kurzen Worte über die Tre-

panation der achtungsvollen Erwägung würdig gehalten werden müssten. Dies ist aber keinesweges der Fall, man scheint sich einzubilden, Dieffenbach sei nur deshalb in der Welt gewesen, um den Berlinern Nasen zu fabriciren und anderes chirurgisches Flickwerk zu besorgen, dass er aber keinen Anspruch darauf machen dürfe in den grossen chirurgischen Fragen ein Wort mitzusprechen.

Sollten unsere Grundsätze, welche sich gegenseitig ergänzen, da Dieffenbach's Erfahrungen der Civilpraxis entsprungen sind und die meinigen grösstentheils dem Kriege, Eingang finden, so möchte nach abermals 19 Jahren der Bericht der Nassauer Aerzte vielleicht nicht wieder mit denselben Worten schliessen, welche ein entschiedenes Misstrauen in die Lehre der chirurgischen Statistik ausdrücken: pauperis est numerare pecus! Hoffentlich hat die Mühseligkeit der Arbeit dem hochverdienten Verfasser, Geheimen Hofrath Dr. Fritze, nicht die Lust geraubt das von ihm begonnene Werk fortzuführen. Kein Staat ist in medicinischer Beziehung so eigenthümlich organisirt wie Nassau, nur dort ist es bis jetzt möglich solche Arbeiten zu liefern. Im Grossherzogthum Baden müssen auch die practischen Aerzte unendlich lange Tabellen über ihre Praxis an die Sanitätsbehörde einschicken, welche sie dann vermodern lässt. Nach meiner Ansicht sind diese Tabellen zu weitläufig um nützlich zu sein.

Dr. Fritze hat es nicht, wie viele andere neuere Schriftsteller über Kopfverletzungen, verschmäht, Dieffenbach's Lehren in Erwägung zu ziehen. Er macht die Bemerkung, dass sich Dieffenbach's Ansichten

über die Gefahr der Einschnitte bei Kopfverletzungen in Nassau nicht bewährt hätten. Ich muss dagegen erwiedern, dass hier das Punctum comparationis fehle, es wurde fast überall eingeschnitten, deshalb konnte man kaum wissen, wie Kopfverletzungen ohne Einschnitte verlaufen. Ausserdem zeigen sich die Nachtheile der Beunruhigung einer Wunde durch operative Eingriffe nicht sogleich, sondern erst in den nächsten Tagen treten oft die Symptome diffuser Entzündung oder Eiterbildung ein. Dem aufmerksamen Practiker kann der Zusammenhang des Einschnittes mit den üblen Folgen nicht entgehen und doch ist es fast unmöglich, dafür die statistischen Beweise beizubringen.

Prof. Bruns, der neueste deutsche Schriftsteller über Kopfverletzungen, welcher bis in die letzten Nummern der Journale herabgestiegen ist, um die ganze „öffentliche Meinung“ in seinem Werke zu repräsentiren, hat sich, unbekümmert um Dieffenbach, den er nicht citirt, Indicationen für die operative Behandlung der Kopfverletzten zurechtgelegt.

1) Bei Schädeldepressionen ohne äussere Wunde verwirft Prof. Bruns alle operativen Eingriffe.

2) Bei jedem complicirten Splitterbruche mit Eindruck aber soll man einschneiden und die ganze zersplitterte Stelle freilegen, sodann aber die losen Knochensplitter sofort entfernen. Findet man die Depression nur 1—3 Linien tief, so soll man im Allgemeinen nicht trepaniren.

3) Findet man sie über $^1/_4$ Zoll tief, so soll man trepaniren, wenn die Entfernung der Splitter nicht auf

einfache Weise durch Knochenschraube, Meissel und Hebel gelingt.

Diese Indicationen werden gerechtfertigt durch die nothwendig eintretende, heftige Suppurativ-Entzündung, die daraus entstehende Verpflichtung für Abfluss der Secrete Sorge zu tragen und endlich durch die Rücksicht, dass eine complicirte, offene Schädeldepression durch die Trepanation nicht wesentlich verschlimmert werde.

Prof. Bruns bezeichnet das Unterlassen der Trepanation in den betreffenden Fällen als einen Kunstfehler. Diese letztere Aeusserung scheint mir besonders tadelnswerth. Wie viele Leute sind nicht schon deshalb trepanirt worden, weil der Arzt einen Kunstfehler zu begehen fürchtete, wenn er nicht trepanirte; während der gesunde Menschenverstand ihm vielleicht gerathen hätte, es nicht zu thun, trepanirte er aus Furcht vor dem Urtheile der Medicinalbehörde, zu deren Cognition der gerichtliche Fall kommen musste!

Chelius ist in diesen Beziehungen vorsichtiger. Seine Indicationen zum Trepaniren gehen freilich weiter als die von Bruns:

1) bei Schädelbrüchen mit Eindruck,
2) bei Splitterbrüchen mit Eindruck,
3) bei Trennung der Näthe,
4) bei fremden Körpern in der Schädelhöhle,

sind aber doch viel unschädlicher, denn anstatt eines Nachsatzes, wie der von Prof. Bruns, der mit einem Kunstfehler droht, sagt er, dass in allen diesen Fällen die Trepanation unnöthig sei, wenn die Beschaffenheit der Knochenwunde und das Voneinanderstehen ihrer Ränder die Entfernung der Splitter und fremden Körper,

bei Trennung der Näthe den Ausfluss der Wundfeuchtigkeiten von beiden Seiten zuliesse. Hier ist dem Für und Wider ein weiter Spielraum gelassen, bei dem man am Ende gar nicht zu trepaniren braucht.

Mit dem Ausspruche „ein Kunstfehler" sollte man doch recht vorsichtig sein. In dem Superarbitrium des pag. 61 bis 63 in den Nassau'schen Berichten erzählten Falles, wo eine Messerspitze im Schädel abgebrochen war, wurde die Unterlassung der Trepanation getadelt und die Wunde als per accidens lethale betrachtet. Dies war sie ohne Zweifel und Kunstfehler waren passirt, aber diese bestanden nicht in Unterlassung der Trepanation, sondern

1) darin, dass man nicht gleich die Messerspitze extrahirte, man hätte zu dem Zwecke so viel von der äusseren Tafel mit einem scharfen Meissel wegnehmen müssen, um dieselbe mit einem kleinen Schraubstocke oder einer guten Zahnzange zu fassen.

2) Wenn dies misslang, hätte man die Wunde nicht wieder beunruhigen dürfen, wie dies zu wiederholten Malen geschah. Der letzte Versuch einige Tage vor dem Tode hatte ohne Zweifel an diesem den grössten Antheil. Bei der Section zeigte es sich, dass man nur zu warten nöthig gehabt hätte und der fremde Körper wäre von selbst abgegangen, denn $^1/_4$ Zoll um die Messerspitze herum hatte sich ein bereits wackelnder Sequester gebildet.

3) Man liess den Verwundeten ausgehen und wohl auch sonst kein gehöriges Verhalten befolgen.

Ich kann das Vergnügen nicht beschreiben, welches ich empfand, als ich nach Beendigung meiner

kriegerischen Laufbahn zu meinen Büchern zurückkehrte, Dieffenbach's Abhandlung von der Trepanation nachschlug und darin mit den einfachsten Worten das ausgedrückt fand, was mir so viel Mühe zu entwickeln gemacht hat. Der ganze gelehrte Plunder, den man über die Kopfverletzungen zusammengeschleppt hat, ist nicht so viel werth wie seine wenigen Worte, Vol. II. pag. 19. „Durch die Behandlung vieler Kopfverletzungen bin ich zu dem Resultate gelangt, dass ich bei Kopfverletzungen mit und ohne Bruch, mit und ohne Sopor, Commotion, Extravasat

1) keinen Einschnitt mache;

2) die etwaige Wunde in den äusseren Bedeckungen mit Pflasterstreifen vereinige;

3) dass ich niemals bei frischem Extravasat trepanire;

4) nur halb so viel Blut lasse, als bei penetrirenden Brustwunden, dagegen die kleinen Aderlässen noch über eine spätere Zeit ausdehne;

5) eingedrungene Splitter, erst wenn sie sich lösen durch Ausziehen aus möglichst kleinen Oeffnungen entferne;

6) nur tief eingebrochene, in das Gehirn hineindrückende Knochenpartien, durch Aussägen der umgebenden Ränder, aber mit der Säge, nicht mit dem Trepan, wegnehme;

7) bei mässigen Eindrücken, selbst bei Vorhandensein von Zufällen, durchaus nicht trepanire, auch nicht einmal einen Einschnitt mache;

8) nur in späterer Zeit bei eingetretener Eiterung kleine einfache Incisionen vornehme, den Eiter entleere

und dann die freiwillig gelösten Knochenstücke ausziehe.“

Dieffenbach giebt noch den sehr nützlichen Rath, entweder bald nach der Verletzung oder spät nach eingetretener Eiterung zu trepaniren und warnt entschieden davor, diese Operation in der Entzündungsepoche vorzunehmen. Er gestattet die Trepanation zur Entfernung von Messerspitzen und andern fremden Körpern, welche im Schädel eingekeilt sind, so wie diejenigen wegen Eiterbildung unter dem Schädel und der Dura mater, welche er T-förmig einzuschneiden räth, wenn sie sich in der Wunde erhebt und Fluctuation zeigt. Vom Einstechen in die Gehirnmasse, um Eiter zu entleeren, schweigt er; ohne Zweifel, weil er keine Gelegenheit dazu gefunden hat, wie dies mit Dupuytren der Fall war. Er verwirft aber die Trepanation gegen Epilepsie und andere Nervenzufälle, welche nach früheren Kopfverletzungen zurückgeblieben sind. Er sagt ausdrücklich, dass man kopfverletzte Kinder Wochen lang im Sopor liegen lassen könne! Dieffenbach's Indicationen zur primären Trepanation beschränken sich also auf fremde Körper und tief eingebrochne und in das Gehirn hineindrückende Knochenstücke. Er entkräftete aber selbst schon die letztere Indication, indem er pag. 16 sagt: Astley Cooper ging so weit, dass er sich fürchtete, selbst in das Gehirn eingedrungene Knochensplitter herauszunehmen, einer der stärksten Beweise des Geistes dieses unvergleichbaren Chirurgen! — Dieser Ausspruch, offenbar ein Seufzer über viele Todesfälle solcher Art, bedarf keines weiteren Commentars.

Vergleichen wir Prof. Bruns Ansichten mit denen Dieffenbach's, so lässt sich kaum verkennen, dass sie vorzüglich durch die Lectüre der Nassau'schen Berichte entstanden zu sein scheinen. Er sucht die Freilegung der deprimirten Stelle durch Einschnitte wieder einzuführen und bestimmt die Tiefe des Eindrucks, bei welchem trepanirt werden soll, auf $^1/_4$ Zoll. Versuche an der Leiche schon müssen ihm gezeigt haben, dass die Tiefe des Eindrucks der äussern Tafel nicht die der innern bestimmt, da diese über $^1/_4$ Zoll eingedrückt sein kann, wenn die äussere kaum sichtbar deprimirt ist und dass man mit der Sonde den Zustand der innern Tafel fast nie bestimmen kann. In dieser Veränderung der Dieffenbach'schen Indicationen liegt nach meiner Meinung ein grosser Rückschritt, deshalb bekämpfe ich Prof. Bruns, dem ich indess sehr gerne einräume, dass er an Reichthum des Materials und Klarheit der Darstellung seine deutschen Competenten weit übertreffe und dass er, nächst Dieffenbach, die besten Indicationen für die Operationen bei Kopfverletzten aufgestellt habe. Deshalb habe ich mich auch an ihn gehalten, um der Mühe überhoben zu sein die Indicationen anderer Chirurgen zu kritisiren.

Reine Luft halte ich für die Kopfverletzten dringend nothwendig. Bilguer sagte schon 1771 in seinem langweiligen kleinen Buche über Verletzungen der Hirnschale pag. 15, man solle diese Patienten vor den Wirkungen des Lazarethfiebers und der faulen Luft schützen und sie deshalb von den übrigen Verwundeten und Kranken absondern, wie es in den Feldlazarethen meistens geschehen sei. Nach der Schlacht von Frie-

dericia hatte ich in Hadersleben die Absicht alle Kopfverletzten in das neuangelegte Lazareth in der Kirche zu verlegen, liess mich aber durch die Bitten der jungen Aerzte, die ihre interessanten Patienten nicht gern hergeben wollten, bewegen es zu unterlassen, was ich nachher sehr bereute, als uns mehrere Kopfverletzte an Pyämie starben. Es ist kein Wunder, wenn die Kopfverletzten in Spitälern nicht gedeihen wollen, in welchen Pyämie zu Hause ist, dann soll bald die zu geringe, bald die zu strenge Antiphlogose Schuld an den vielen Todesfällen sein und die Ursache bleibt doch immer dieselbe, das insidiöse Miasma der Krankensäle. Dann ist es freilich besser das Hospital purgiren zu lassen als die Patienten.

Nächst der reinen Luft kommt die Application der Kälte, welche ich noch über die Blutentziehungen stelle, und zwar deshalb, weil sie, wenn man Eis zur Disposition hat, die Blutentziehungen zum grossen Theile unnöthig macht. Im Jahre 1850, wo dies der Fall war, wurden viel weniger Blutentziehungen bei Kopfverletzten gemacht, als im Jahre 1849, wo dasselbe überall fehlte, oder in ganz geringer Menge vorhanden war. Eisbeutel sind ohnehin das bequemste Mittel die Kälte anzuwenden. Ein oder zwei Eisbeutel, an einem Nagel über dem Kopfende hängend, werden an den Kopf gelehnt und von dem Wärter wieder in ihre Lage gebracht, wenn der Patient sie unbewusst verschoben hat. Durch untergelegte Compressen kann man ihre Wirkung mässigen. Die Kranken lieben sie sehr und sorgen gern dafür, dass sie am gehörigen Platze liegen, wenn sie besinnlich sind. In schlimmen Fällen muss man die

kalten Umschläge Wochen lang fortsetzen und niemals damit aufhören, ehe nicht alle Zufälle von Congestion oder Entzündung verschwunden sind. Bei dem grossen Nutzen, den sie uns, namentlich bei den Kopfverletzten leisteten, ist es mir zuerst eingefallen, dass ihr Erfolg theilweise abhängig sein möchte von einer rein physikalischen Wirkung, nämlich von ihrem, die Fäulniss der organischen Materien hemmenden Einflusse. Abhaltung der Luft und der Wärme hätten also theilweise denselben Zweck, die Verlangsamung der Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten und anderer organischen Substanzen.

Die Blutentziehungen sind von jeher als die sacra ancora der Kopfverletzten betrachtet worden und verdienen dieses Zutrauen gewiss in hohem Grade. Man soll ihnen nur nicht zumuthen, was sie überall nicht leisten können. Sie können die Folgen einer diffusen oder begränzten Hirncontusion nicht für sich zum Schweigen bringen, nicht Blutextravasate schnell zertheilen, entzündliche Exsudationen nicht plötzlich rückgängig machen. Sie können nur in vielen Fällen den Grad von Hirnhyperämie verhindern, wobei die Reorganisation der bestehenden Läsionen durch Stase und Exsudationen unmöglich wird. Es ist daher eine ganz thörichte Erwartung, wenn man sich einbildet, ein Mensch, der mit einem Blutergusse unter dem Schädel oder mit einer Depression bewusstlos daliegt, solle nach einer Aderlässe wieder zu sich kommen! Dies geschieht allerdings oft, aber wenn es nicht geschieht, so ist daran nicht so viel gelegen, wie man allgemein zu glauben scheint! Wenn die Extravasate resorbirt, die Knochenstücke allmählich entfernt sind,

so kommt das Bewusstsein schon wieder. Ich komme vorzüglich auf diese Bemerkungen, weil ich in den von jungen Aerzten aufgezeichneten Krankengeschichten öfter die Bemerkung über Kopfverletzte gelesen habe, der Patient wurde venäsecirt, aber ohne Erfolg. Der Erfolg, den man hier zu erwarten hat, ist nicht immer der des wiederkehrenden Bewusstseins, sondern dass der Kranke nicht stirbt, ehe die Natur das lädirte Hirn reorganisirt hat.

Aehnliches haben offenbar schon ältere Chirurgen sich gedacht. Schmucker sagt, man müsse sich bei Trepanirten nach dem Grade der Elevation des Hirns in der Trepanationswunde richten und Blut lassen, sobald es sich der Schädelwunde zu sehr nähere. Da wir jetzt nicht mehr trepaniren, fehlt uns dieser Nilmesser der Kopfverletzten; das schadet aber gar nichts, wir haben an der Turgescenz des Gesichts und dem Pulse hinreichende Merkmale. Wenn das Gesicht sich röthet und der Puls voller wird, sich auffallend verlangsamt oder beschleunigt, so muss man etwas Blut lassen. Sind die obigen Ansichten richtig, so wird es einem vernünftigen Arzte gar nicht einfallen das Blut pfundweise zu entziehen, sondern nur so viel, wie zur Verminderung des bestehenden Turgor nöthig ist, mit einem Worte, man muss nicht seine Indicationen zur Blutentziehung von dem Bewusstsein oder der Lähmung des Patienten abhängig machen, sondern von dem Zustande des Gefässsystems. Ich stimme also auch in der Beziehung mit Dieffenbach überein, dass ich den mässigen Blutentziehungen, von 6 — 10 Unzen zur Zeit, das Wort rede. Von der grössten Wichtigkeit ist der Zeit-

punct der ersten Aderlässe, aber das ist ja ebenso bei allen chirurgischen Kranken, denen man Blut entzieht; im Beginn des congestiven Stadii soll die erste Venäsection gemacht werden, diese wirkt oft entscheidend und macht alle anderen unnöthig. Man kann aber nicht sagen, wann bei Kopfverletzten dieser günstigste Zeitpunct eintreten werde, man muss ihn finden, und dazu gehören Krankenbesuche, die in Militairlazarethen keine Schwierigkeiten haben, aber wohl in der Civilpraxis. Wenn nur unsere jungen Aerzte jetzt nicht in dem Wahne erzogen würden, es sei eigentlich eine Schande noch zur Ader zu lassen, eine vollkommen antiquirte, Mitleid erregende, üble Gewohnheit. Von solchen Ansichten durchdrungen findet man die Venäsection höchstens erst dann nöthig, wenn das Feuer hoch aufgelodert, wenn Congestion in Entzündung übergegangen ist und Blutentziehungen viel weniger helfen.

Wo man allgemeine Blutentziehungen mit Vortheil anstellen kann, bin ich kein Freund der örtlichen, sie können indess doch, ausser bei Kindern, auch bei Erwachsenen ihren erheblichen Nutzen haben, wenn die Entzündung schon eine Zeitlang gedauert hat, durch allgemeine Blutentziehungen nicht mehr vermindert werden kann, also wenn das Gesicht turgescirt, aber der Puls die Aderlässe verbietet. Dann setzt man Blutegel an die Schläfen oder hinter die Ohren.

Auch die Scarificationen sind bei Kopfverletzungen nicht ohne erheblichen Nutzen, sobald nicht die Gefahr damit verbunden ist, dadurch der Luft den Zutritt zu einem zertrümmerten Schädel oder Gehirn zu bahnen, also mehr bei Contusionen des Schädels, welche Peri-

cranitis zur Folge hatten, wo sich eine pralle, feste Geschwulst, mit dem Knochen fest zusammenhängend, bei der Berührung sehr schmerzhaft, gebildet hat, welche oft die heftigsten Kopfschmerzen und andere Nervenerscheinungen erregt. Bei diesen Zuständen hilft ein Kreuzschnitt oft augenblicklich, wie ein Einschnitt zur rechten Zeit beim Panaritio. Ich erinnere mich eines 18jährigen Jünglings, der nach einem Steinwurfe an den Kopf gegen das linke Seitenwandbein eine solche Pericranitis am dritten Tage mit heftigem Fieber, Irrereden und völliger Taubheit auf dem Ohre der leidenden Seite bekommen hatte, wo ein Kreuzschnitt diesen Zufällen augenblicklich ein Ende machte. Dergleichen Incisionen habe ich oft mit gutem Erfolge gemacht. Dr. Callisen von Altona zeigte mir indess im Feldzuge von 1849, dass man sie auch entbehren kann.

Ein Soldat hatte durch einen Prellschuss am linken Schläfenbein Pericranitis bekommen, mit heftigem Kopfschmerz, Fieber und fortwährendem Zucken der entsprechenden Gesichtshälfte. Ich rieth zu einem Kreuzschnitte und versicherte, dass dieser augenblicklich helfen werde. Dr. Callisen bat mich, ihm nur 24 Stunden Zeit zu gönnen, um dem Patienten mit Blutegeln, kalten Umschlägen und einer Abführung zu helfen. Und er hielt Wort. Man soll auch hier das Kind nicht mit dem Bade ausschütten; Einschnitte, um eine Schädeldepression zu exponiren, sind eine Thorheit, Einschnitte zum antiphlogistischen Debridement ein sehr wirksames Mittel, mit dem jedoch keiner Missbrauch treiben sollte.

In mehreren Fällen mit glücklichem Erfolge wurden

auch örtliche Blutungen, durch kleine Einschnitte der Wundränder, bei complicirten Schädeldepressionen, erregt, wenn es an Blutegeln fehlte und örtliche Blutentziehungen indicirt waren. Doch muss ich im Allgemeinen den Blutegeln den Vorzug geben, weil sie die Wunde nicht beunruhigen.

Unter den innern Mitteln bei Kopfverletzten verdienen die Abführungsmittel den ersten Platz. Ich kann es nicht billigen, sich dazu des Calomels zu bedienen, statt salziger Abführungen von Magnesia sulphurica oder Natr. sulphuric., zuweilen mit Sennainfusum, wenn der Darmcanal sehr torpide ist.

Die Engländer fangen gleich mit dem Calomel an, wozu gewiss kein Grund vorhanden ist. Quecksilberpräparate soll man immer vermeiden, wo sie nicht unumgänglich nothwendig sind, und das sind sie gewiss, wo es sich um blosses Purgiren handelt. Auch in der Congestivperiode und im Anfange der entzündlichen ist Calomel noch nicht indicirt, sondern erst, wenn die Reaction des Gefässsystems durch andere Mittel gemässigt worden ist. Dies ist die allgemeine Cautele beim Quecksilbergebrauche in entzündlichen Zuständen; es ist bei Kopfverletzten nicht der mindeste Grund vorhanden davon abzugehen, da man sich doch wohl nicht einbilden wird, dass bei ihnen der Merkur etwas Specifisches habe. Wo der Merkur einmal indicirt ist, bei den nach Kopfverletzungen folgenden Zufällen von Hirnentzündung, muss man ihn nachdrücklich geben, alle zwei Stunden 1—2 Gran Calomel. In drohenden Fällen kann man zugleich starke Frictionen von Quecksilbersalbe in die

Extremitäten machen. Wenn Speichelfluss entsteht, ist der Patient in der Regel als gerettet zu betrachten.

Der Brechweinstein, welcher, wie Walther bemerkt, eigentlich von den Chirurgen in den antiphlogistischen Heilschatz eingeführt worden ist, wird von den zuverlässigsten Chirurgen bei Kopfverletzungen empfohlen. Es lässt sich wohl nicht läugnen, dass seine Eigenschaft die Herzthätigkeit zu vermindern, ihn dabei empfiehlt; aber seine brechenerregende Wirkung ist unangenehm, weil sie das Krankenbild trübt, indem man nicht wissen kann, ob die Krankheit oder das Mittel Brechen erregt. Ich habe die Anwendung des Brechweinsteins deshalb im Allgemeinen bei Kopfverletzten vermieden und mich desselben nur in der dritten oder vierten Woche bedient, wenn, nach langem Gebrauche von kalten Umschlägen, Schmerzen in den Kopfbedeckungen und den Hals- und Nackenmuskeln zurückblieben, welche ich für rheumatisch hielt. Hier wirkte er ausgezeichnet, indem er reichliche Transpiration hervorrief. Von dieser bei Kopfverletzten mehrere Male gemachten Erfahrung habe ich persönlich profitirt, als ich im April 1844 an rheumatischer Hirnentzündung gelitten hatte. An der Grippe leidend, hatte ich mich bei der Section eines an Nierensteinen Gestorbenen, an welchem zehn Jahre vorher der Seitensteinschnitt gemacht worden war, heftig erkältet und war bald nachher soporös geworden. Mit Hülfe von Blutegeln, kalten Umschlägen und salinischen Purganzen hatten meine trefflichen Aerzte, die Herren Hofräthe v. Wänker und Schwörer binnen acht Tagen das soporöse Stadium glücklich vorübergeführt. Ich behielt aber einen Schmerz in den

Kopfbedeckungen und im Nacken zurück, der die Reconvalescenz drei Wochen lang hindurch aufhielt und mit einer fast completen Schlaflosigkeit verbunden war. Ich schlief regelmässig nur von 10—10½ Abends. Ich kam dann auf die Idee, dass mein Uebel rheumatischen Ursprungs sei und vermuthlich eine Schweisskrise fehle. Ein einziger Gran Brechweinstein in sehr kleinen Dosen, die jedoch einige Male Brechen erregten, versetzte mich in Transpiration, welche 48 Stunden anhielt und meinen Kopfschmerz beseitigte. Die Schlaflosigkeit blieb aber zurück und wich erst nach dem Gebrauche einiger kleinen Dosen Extr. aconiti. Alsdann trat die Reconvalescenz ungehindert ein.

Uebrigens will ich gern gestehen, dass das Erbrechen kein Grund sei, den Brechweinstein bei Kopfverletzten zu vermeiden, wenn er bei diesen sonst Vorzüge vor andern Antiphlogisticis besitzt, worüber ich mich gern von Andern belehren lassen werde, die mehr damit operirt haben.

Das Opium wurde in früheren Zeiten mit grosser Dreistigkeit bei Kopfverletzten angewendet, in der neueren Zeit weniger, wo man sich allein an die Antiphlogistica hielt. In der Militairpraxis habe ich keinen Gebrauch davon gemacht, in der Civilpraxis dagegen öfter Kopfverletzten Opium gegeben, wenn, nach Beseitigung des entzündlichen Stadii, grosse Aufregung, Unruhe, Schlaflosigkeit, bei blassem Gesichte und kleinem Pulse zurückblieben. Dann wirkte es ausgezeichnet.

Ich glaube indess, dass es einer weiteren Anwendung fähig ist, und zwar in solchen Fällen, in denen scharfe Knochensplitter durch ihren Reiz Schmerzen

und Krämpfe hervorriefen, ohne deutliche Congestiverscheinungen. Anstatt in diesen Fällen zu trepaniren, wird man in Zukunft vielleicht Opium geben, wenn man sich erst daran gewöhnt hat, Kopfverletzte lange Zeit in Sopor liegen zu sehen, ohne Himmel und Erde in Bewegung zu setzen um sie daraus zu erwecken.

Chinadecocte pflegen den durch eine lange dauernde Antiphlogose und strenge Diät geschwächten Kopfverletzten sehr gut zu thun.

Die Diät besteht anfangs in Wassersuppen und Wasser, später aus gekochtem Obst, Milch etc. Dr. H., dessen Fall ich pag. 535 angeführt habe, lebte freiwillig drei Wochen lang von 12 gekochten Zwetschen und ein paar Wassersuppen täglich, gerade wie Ambroise Paré bei seiner complicirten Fractur des Unterschenkels durch den Schlag eines Maulthieres.

In Bezug auf das ruhige Verhalten kann man nicht vorsichtig genug sein. Mehreren unserer Kopfverletzten hat es das Leben gekostet, dass wir nach der Schlacht von Friedericia keine Posten an den Thüren hatten, welche die Ein- und Ausgänge überwachten.

Gegen die nach Kopfverletzungen zurückbleibenden Schwächen und Lähmungen ist die Zeit und passende Diät das beste Mittel. Ich kann es nicht billigen, dass Baudens so schnell zu den Moxen gegriffen hat.

Sturzbäder sind sehr nützlich, um der Neigung zu Kopfcongestionen entgegen zu wirken, welche nach schweren Kopfverletzungen längere Zeit zurückbleiben, mag nun die Trepanation oder Elevation der Fragmente geschehen sein, oder der Eindruck der Natur überlassen, und geblieben sein.

Verletzungen des Auges.

Die Läsionen des Auges durch Kugeln zerfallen in solche, welche das Auge nur indirect afficiren und in diejenigen, welche den Bulbus direct treffen. Streifschüsse oder andere Schussverletzungen des Stirnbeins, Jochbeins oder Oberkiefers bringen nicht selten eine Erschütterung des Auges hervor, welche Mydriasis zur Folge hat und zuweilen nach längerer Zeit noch zur Entstehung von Cataract Anlass giebt.

Diese Verletzungen sind oft von der Art, dass sie den Bulbus direct gar nicht afficiren konnten; dass Mydriasis nach leichten Streifungen des Bulbus selbst entstehen kann, ist allgemein bekannt. Ohne Zweifel beruht die unter solchen Umständen sich bildende Mydriasis auf einer indirecten Nervencontusion. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass diese traumatische Mydriasis am leichtesten geheilt wird, wenn man sie gleich anfangs mit Blutegeln behandelt und deren Application alle paar Tage erneuert. In der Regel findet man am folgenden Tage die Pupille etwas enger; man setzt die Behandlung mit Blutegeln so lange fort als sie noch Wirksamkeit zeigt, und geht dann zur Application kleiner Blasenpflaster in der Nähe des Auges über.

Es ist durchaus fehlerhaft, diese Mydriasis gleich anfangs mit Reizmitteln zu behandeln. Gegen die Entwickelung einer Cataract nach Erschütterung des Auges kann man bekanntlich nichts ausrichten. Mitunter dringen Kugeln in die Orbita ein, zerschlagen deren Rand ohne dem Auge Schaden zu thun. In der Regel jedoch verletzt eine in die Orbita dringende Kugel den

Bulbus auf eine unheilbare Art. Dringt sie gerade von vorn ein, so kann der merkwürdige Umstand eintreten, dass sie den Bulbus zerquetscht und hinter den Augenlidern liegen bleibt, ohne weiteren Schaden zu thun. Dringt sie von der Seite ein, so zerschlägt sie wohl den äusseren Orbitalrand, zerquetscht den Bulbus und durchbohrt oder zerschlägt die Nasenwurzel. Am traurigsten sind diejenigen Fälle, wo dieselbe Kugel beide Augäpfel zerstört, indem sie quer durch beide Augenhöhlen und die Nasenhöhle durchgeht, ohne das Leben in grosse Gefahr zu setzen. Die durch Zerquetschung des Bulbus entstehenden Reactionszufälle sind oft sehr heftig und immer sehr anhaltend. Wurde der Bulbus nicht ausgiebig zertrümmert, so kann derselbe sehr bedeutend anschwellen und Zufälle von Hirnreizung herbeiführen, gegen welche Hennen eine ausgiebige Spaltung des aus der Orbita hervorgetretenen Bulbus empfiehlt, wozu ich indess keine Veranlassung gefunden habe.

Auch ohne ein bedeutendes Anschwellen des zertrümmerten Bulbus sind die Schmerzen heftig und oft Wochenlang dauernd; sie scheinen auf einer Nervenentzündung zu beruhen. Gegen heftigere Anschwellung des Bulbus muss man nebst kalten Umschlägen allgemeine Blutentziehungen anwenden. Diese sind jedoch keinesweges im Stande die anhaltenden Schmerzen zu beseitigen, welche auch ohne grosse Anschwellung zurückbleiben. Diese müssen durch wiederholtes Ansetzen von Blutegeln, durch Calomel und Opium bekämpft werden. In der Regel verträgt das verletzte Auge nur die kalten Umschläge, selbst nach vollständig eingetre-

tener Eiterung. Man kann mitunter wohl einmal warme Fomentationen versuchen, wird sich aber gewöhnlich genöthigt sehen, zu den kalten zurückzukehren. Dagegen wird Charpie rapé mit Oel befeuchtet oft gut vertragen.

Eine sehr übele Wirkung der zerstörenden Verletzungen des einen Auges mit Hinterlassung eines empfindlichen, bei jeder Gelegenheit sich entzündenden Stumpfes, ist dessen Einfluss auf das gesunde Auge, so dass es mitunter das Beste ist, die Exstirpation des Bulbusstumpfes vorzunehmen, eine Operation, die ich mehrmals mit sehr gutem Erfolge für das zurückbleibende gemacht habe. Unter den 714 Invaliden der schleswig-holsteinischen Armee befinden sich 13, welche durch einen Schuss ein Auge verloren haben, 4 rechts und 9 links.

Verletzungen des Ohres.

Das äussere Ohr wird mitunter von einer Kugel so zerrissen, dass die Anlegung der blutigen Nath erforderlich wird. Ich habe sie in einem Falle, wo das Ohr der ganzen Quere nach in zwei Hälften gerissen war, ohne Anfrischung der Ränder, angelegt und vollständige Heilung dadurch erzielt. Auch granulirende Wunden dieses Organs kann man durch die Nath vereinigen, nachdem sie sich gereinigt haben. Man durchsticht bei diesen Näthen auch den Ohrknorpel.

In einem Falle, wo ein Papierpfropf in den äussern Gehörgang eingedrungen war, hatte derselbe die ganze häutige Bedeckung desselben herausgedreht, so dass

bei der Heilung der ganze äussere Gehörgang verschlossen wurde.

Erschütterungen des Gehörorgans durch Prell- und Streifschüsse des Schläfenbeins haben oft Taubheit und mitunter langwierige Eiterungen aus dem Ohre zur Folge. Es ist rathsam, diesen üblen Folgen vorzubeugen, indem man Verletzungen dieser Art strenger behandelt, als sie dies übrigens zu erfordern scheinen; dahin gehört besonders die öftere Application von Blutegeln und später Quecksilber.

Sehr merkwürdig sind die hier zu erwähnenden Zertrümmerungen des Processus mastoideus. Ich habe denselben Fall erlebt, den auch Dupuytren erzählt.

Ein tapferer Officier erhielt bei dem Sturme auf Friedrichstadt einen Schuss an den Kopf, wie er angab, aus solcher Nähe, dass er die Flamme des Geschützes in der Nähe seines Kopfes sah. Sein linkes Ohr war von Pulver geschwärzt, das Ohrläppchen hatte einen kleinen Einriss. Auf dem Processus mastoideus fand sich eine gerissene Wunde, in welche man mit der Spitze des Fingers eingehen und die Zertrümmerung des Zitzenfortsatzes constatiren konnte. Von der Kugel war nichts zu fühlen. Es kamen später viele kleine Knochenfragmente zum Vorschein, es blieb aber noch nach mehreren Wochen eine feste Anschwellung längs des obern Theils des Kopfnickers zurück. Von der Wunde aus konnte man mit der Sonde den unteren Theil des Zitzenfortsatzes fühlen, welcher beinahe zwei Zoll weit abwärts gezogen war. Dr. Ross, welcher diesen Patienten später behandelte, fühlte durch die Geschwulst hindurch, ausser dem Zitzenfortsatze, noch einen frem-

den Körper und entfernte durch einen Einschnitt ausser dem Zitzenfortsatze ein kleines Projectil, von der Gestalt eines $^1/_2$ Zoll langen Cylinders, von der Dicke eines kleinen Fingers. Niemand wusste, von welcher Art dies Projectil sei, bis mir ein alter Feuerwerker sagte, dass es eine Raketenkugel sei; dadurch erklärten sich denn die sonderbaren Umstände, welche mit dieser Verwundung verbunden waren. Eine kleine Fistel ist bis auf den heutigen Tag, also seit vier Jahren, noch zurückgeblieben. Die Haltung des Kopfes ist indess normal und das Gehör vollkommen.

Verletzungen der Nase.

Sie sind gewöhnlich complicirt mit Wunden benachbarter Organe. Sie erfordern für sich keine besondere Therapie, ausser einer vorsichtigen Behandlung der vorhandenen Splitter, von denen man nur die ganz gelösten mit der Pincette entfernt. An ein Ordnen der festsitzenden Fragmente kann gewöhnlich nicht gedacht werden. Auch hier muss eine ausreichende Antiphlogose eintreten, um grösseren Substanzverlusten durch Nekrose vorzubeugen. Auf das Gehirn wirken diese Schüsse nur wenig, wenn die Kugel nicht von vorn eindrang und weitere Verletzungen machte, wobei man das Projectil mitunter aus der Nasen- oder Stirnhöhle herausziehen muss.

Diese Wunden heilen oft mit geringerer Deformität, als man es anfangs erwarten musste. Nach einem Hiebe, der den untern Theil der Nase und das untere linke Augenlid getrennt hatte und wo die Heilung mit

grosser Deformität erfolgt war, habe ich Gelegenheit gehabt, eine plastische Operation zu machen, vermittelst welcher durch Excision der vorhandenen Narben die Nasenspitze um $^1/_2$ Zoll heraufgerückt und das Ectropium beseitigt wurde.

Verletzungen des Oberkiefers.

Die meisten Schussfracturen des Oberkiefers sind von der Seite beigebracht worden. Sehr häufig kommt der Fall vor, dass die Kugel durch beide Oberkiefer gegangen ist, wobei die Knochensplitter und die vielleicht platt geschlagene Kugel eine grosse gerissene Ausgangsöffnung machen, während in andern Fällen die Eingangs- und Ausgangswunde nicht wesentlich verschieden sind. Meistens richtet die Kugel am Oberkiefer nicht solche Verheerungen unter den Zähnen desselben an, wie am Unterkiefer, was wohl der Form des Knochens zugeschrieben werden muss. Doch habe ich einen Fall beobachtet, wo im Ganzen 10 Zähne mit Einschluss sämmtlicher Schneidezähne ausgeschlagen waren und ein Stück des harten Gaumens verloren ging, wodurch nach Abnahme der Geschwulst eine Communication von $^3/_4$ Zoll Durchmesser zwischen Mund und Nasenhöhle bestand, die sich von selbst wieder schloss. Das fehlende Gebiss wurde durch den Zahnarzt Schlichting in Kiel mit grosser Geschicklichkeit wieder ersetzt. Es ist überraschend, mit welcher Leichtigkeit überhaupt die Wunden des Oberkiefers heilen, besonders auch die dabei Statt findenden Verletzungen der weichen Theile, was man wohl dem Umstande zuzuschreiben hat, dass

die Exsudate nach innen freien Abfluss haben. In einem Falle, wo die durch beide Oberkiefer gehende Kugel nur zwei Backenzähne links weggenommen, aber die rechte Hälfte des Oberkiefers aus ihren Näthen gesprengt hatte, so dass dieselbe beweglich war, dauerte es 6 Wochen, ehe sich dieselbe wieder so befestigte, dass der Patient damit beissen konnte. Gleich nach seiner Verwundung bei Friedrichstadt war der betreffende Verwundete, ein Officier, so wenig afficirt, dass er uns durch seine geschwätzige Lustigkeit sehr beschwerlich wurde.

Nur solche Verletzungen des Oberkiefers und der Nase, bei denen die Kugel von vorn nach hinten drang, machen manchmal viele Beschwerden, indem sie eine langwierige Eiterung aus der Nase hinterlassen, mitunter wird hier später die Kugel entdeckt und ausgezogen, mitunter scheinen es die Knochenverletzungen zu sein, welche Geschwüre hinterlassen. Injectionen in die Nase und von Zeit zu Zeit angestellte Untersuchungen mit der Sonde müssen dabei angewendet werden. Kugeln, welche in der Highmorshöhle liegen bleiben, heilen entweder ein oder kommen zuletzt durch Resorption der vorderen Knochenwand zum Vorschein, so dass es nur eines Einschnittes durch die Schleimhaut bedarf, um sie zu extrahiren.

Verletzungen des Unterkiefers.

Sie sind sehr häufig und betreffen gewöhnlich den Körper dieses Knochens mit seinem Alveolarfortsatze. Obgleich sehr häufig Zähne an beiden Seiten des Unter-

kiefers zerschlagen sind, so besteht doch meistens nur an einer Seite eine vollständige Continuitätstrennung, gewöhnlich an der Eingangsseite, nicht selten aber auch an der Ausgangsseite der Kugel. Ich habe nur einen Fall gesehen, wo ein Granatensplitter den ganzen Kinntheil des Unterkiefers durch zwei Fracturen gelöst hatte. Die Splitterung dieses harten Knochens ist in der Regel ausgiebig, indess habe ich auch einige Fälle gesehen, wo ein einfacher Bruch ohne Splitterung bestand. Die harten Splitter der Zähne und des Kiefers werden mitunter fortgeschleudert und können gefährliche Verletzungen des Kehlkopfes, der Vena jugularis interna oder Carotis machen. Eine von vorn kommende Kugel kann ihren Lauf am Halse fortsetzen und dadurch gefährlichere Verletzungen machen als Comminutivbrüche des Unterkiefers zu sein pflegen. So sah ich einen Fall, wo eine Kugel die weichen Theile des Kinnes durchbohrt und drei Zähne zerschlagen hatte, ohne die Continuität des Kiefers aufzuheben. Der Patient befand sich ganz wohl, hatte aber von Zeit zu Zeit kleine Blutungen, welche aus dem Alveolarfortsatze zu kommen schienen, in der Nacht des fünften Tages verblutete er sich plötzlich und es fand sich, dass die Kugel die Zunge der Länge nach durchbohrt hatte und hinter den Pharynx steckte, und dass die Verblutung aus der zerrissenen Lingualis entstanden war.

Diese Kieferverletzungen heilen, wenn keine Nebenverletzungen vorhanden sind, so glücklich, dass ich keinen daran habe sterben sehen.

Wenn auf dem Schlachtfelde die losen Zähne und Splitter extrahirt sind, muss man zunächst für passende

Antiphlogose sorgen, wenn die contundirte oder verwundete Zunge stark aufschwillt. Eine Aderlässe ist dann indicirt. Starke Anschwellung des Gesichts hat nicht viel zu bedeuten, sie tritt ja auch bei jedem Zahnabscesse ein; die Patienten befinden sich freilich eine Zeitlang in einem leidenvollen Zustande, sie können nicht gut schlucken und der Speichel läuft ihnen beständig aus dem Munde. Es ist deshalb nicht wohl begreiflich, wie man für diese Schussfracturen irgend welche Verbände hat empfehlen mögen, welche der Geschwulst wegen nicht gut vertragen werden und durch den beständigen Speichelfluss eine höchst ekelhafte Beschaffenheit annehmen. Bei den Schussfracturen des Unterkiefers kann man es am besten lernen, wie gut die Natur, auch ohne feste Verbände mit der Heilung der Fracturen fertig wird. Kalte Umschläge über das Gesicht und sehr fleissiges Ausspülen oder Ausspritzen des Mundes, anfangs mit kaltem, nachher mit warmem Wasser, sind die wichtigsten Mittel.

Am fünften Tage kann man die durch Eiterung gelösten Bruchsplitter grösstentheils entfernen. Bei dieser einfachen Behandlung heilen diese Fracturen mit partieller Neubildung des verlorenen Knochens, indess zieht sich bei grösseren Substanzverlusten das Kinn etwas nach der verletzten Seite hinüber. In einem Falle von grossem Substanzverluste war nach Jahresfrist noch keine knöcherne Vereinigung eingetreten.

Es ist merkwürdig, dass die Resection des Unterkiefers, welche zuerst bei einer Schussfractur des Unterkiefers gemacht wurde, und die in der Friedenspraxis so glückliche Resultate giebt, bei den Schussfracturen

des Unterkiefers so entbehrlich sei. Es ist eigentlich nicht zu begreifen, warum Baudens und sogar Guthrie sie so allgemein empfohlen haben. Vermuthlich hat vorzüglich das schlimme Aussehen der Patienten in den ersten Tagen die Veranlassung dazu gegeben. Baudens bemerkt sehr richtig, dass durch das Verschlucken des Eiters die Gefahr einer purulenten Infection entstehe, aber glücklicher Weise lässt sich dieser durch ein so einfaches Mittel, wie das Ausspritzen und Ausspülen des Mundes begegnen.

Ich habe in Hadersleben einen Fall beobachtet, wo durch Vernachlässigung dieser Vorsicht bereits Schüttelfröste und ein pleuritisches Exsudat entstanden waren, und wo das blosse Ausspülen des Mundes den heftigen gastrischen Zufällen, welche bei dieser Art von Infection auftreten, so wie aller Gefahr ein Ende machte.

Nur in einem Falle scheint mir die Resection in Frage zu kommen, nämlich wo die Schussfractur den Winkel des Unterkiefers betrifft und die Alveolaris inferior vor ihrem Eintritte in den Knochencanal, oder die Maxillaris interna oder Temporalis verletzt ist. Hier liegt ungefähr dieselbe Indication vor, welche bei Schussfracturen der Extremitäten eintritt, wenn sie mit Verletzung grösserer Arterien complicirt sind. Man kann nicht mit Sicherheit darauf rechnen, dass die entfernte Unterbindung, welche man unter günstigen Umständen versucht, einen dauernden Erfolg habe, sieht sich also am Kiefer genöthigt, einen Theil desselben zu entfernen, um zu den blutenden Gefässen zu gelangen. Dieser Fall ist zweimal vorgekommen, einmal im Jahre 1848, wo Dr. Lauer dabei in Schleswig mit glücklichem Erfolge die

Carotis unterband. Der zweite Fall kam im Jahre 1849 in Hadersleben vor, wo die Unterbindung der Carotis die Blutung nicht dauernd stillte. Mein Patient lag aber in einem pyämisch inficirten Hause und hatte vor Erneuerung der Blutung einen Schüttelfrost gehabt, so dass uns die nachträgliche Resection und Exarticulation nicht mehr rathsam schien. Diese Erfahrungen lassen es deshalb unentschieden, ob man bei Verletzungen des Winkels des Kiefers mit öfter wiederkehrender Blutung die Carotis unterbinden oder die Resection vornehmen solle. Vermuthlich wird man nach Umständen das eine oder das andere zu wählen haben. In meinem Falle würde die Resection vielleicht ein besseres Resultat gegeben haben, weil die in ihrer Form ganz veränderte Kugel zwischen den Fragmenten eingekeilt lag und erst erkannt und ausgezogen werden konnte, als die fortgeschrittene Eiterung die Fragmente gelockert hatte. Eine Eisblase wird, wenn man sie lange genug anwendet, vermuthlich in den meisten Fällen sowohl Resection als auch die Unterbindung der Carotis unnöthig machen.

In dem pag. 570 erwähnten Falle, wo das ganze Kinnstück des Unterkiefers getrennt worden war, musste dasselbe nach einigen Tagen, weil es grösstentheils abgelöst war, entfernt werden. Die weichen Theile konnten in der Eiterungsperiode einander nicht genähert werden und mussten von mir nach einigen Monaten durch eine Hasenschart-Operation vereinigt werden.

Verletzungen des Gesichts im Allgemeinen.

Es kommen hier noch zwei Umstände in Frage, die Blutungen aus den Zweigen der Carotis facialis

und die zu besorgenden Difformitäten. Schüsse ins Gesicht, mit oder ohne Verletzung des Unter- oder Oberkiefers, welche subcutan verlaufen, unter dem Ohr durchgehen oder hinter demselben oder am Halse ihre Ausgangsöffnung haben, bluten mitunter auf dem Schlachtfelde schon lebhaft und die Blutung erneuert sich nachher in der Eiterungsperiode früher oder später, z. B. nach einem Transporte des Patienten, den man ausser Gefahr glaubte.

In diesen Fällen bleibt es durchaus zweifelhaft, welches verletzte Gefäss blutet, besonders weil die Blutung bald aus der Eingangsöffnung, bald aus der Ausgangsöffnung kommt. In Fällen dieser Art ist von uns die Carotis communis fünfmal unterbunden worden und nur einmal, in dem so eben erzählten Falle, ohne Erfolg.

Ein Patient blutete sich zu Tode, der Arzt konnte sich nicht entschliessen, die Carotis zu unterbinden, weil das Blut aus der Oeffnung am Halse kam; wie häufig in diesen Fällen wurde selbst nach dem Tode die Quelle der Blutung nicht mit Sicherheit ermittelt.

Wie Guthrie in der fünften Auflage seiner Commentare richtig bemerkt, ist die Unterbindung des Stammes der Carotis eine Operation, welche jeder Arzt mit mässigen anatomischen Kenntnissen ausführen kann, dagegen ist allerdings die von ihm für solche Fälle empfohlene Methode, das blutende Gefäss an der verletzten Stelle selbst aufzusuchen, indem man den Kiefer durchsägt, allerdings schwierig genug, gehört aber nach meiner Meinung unter die Classe jener wilden Vorschläge, welche dieser ausgezeichnete Militairarzt in seinen spä-

teren Schriften zu machen für gut befunden hat, und wodurch dieselben an Werth im Vergleich mit seinen früheren viel verloren haben. Guthrie bezieht diesen Vorschlag auch auf die Aeste der Carotis facialis, die von innen her getroffen sind. Indess gilt von diesen Verletzungen dasselbe, was von den äussern gilt. Können die einen durch eine Unterbindung des Stammes der Carotis gehoben werden, so können es auch die andern, und man läuft dabei nicht die Gefahr, eine schwierige Operation ohne Erreichung des unmittelbaren Zwecks unternommen zu haben.

Bei einem von den Patienten, welchen nach der Schlacht von Idstedt die Carotis unterbunden werden musste, war die Kugel in das linke Nasenloch eingetreten und unter dem Ohre wieder ausgetreten. Die Blutungen kamen hier aus dem Nasenloche und liessen sich anfangs durch Tamponade stillen, kehrten aber so oft wieder, dass der Kranke, welcher den guten Erfolg bei einem Cameraden erfahren hatte, dringend um die Unterbindung der Carotis bat. Dieser Patient kam ein Jahr darauf mit einer Thränenfistel der linken Seite in meine Klinik. Da diese durch den Schuss entstanden war, so glaubte ich, dass der Ductus nasolacrymalis durch Callus geschlossen sein möchte. Ich fand es indess nicht schwer durchzukommen, aber es wurden weder Bleidräthe noch Darmsaiten vertragen, und so heilte ich ihn durch Cauterisation und Verödung des Thränensacks.

In Betreff der Zerreissung der weichen Theile des Gesichts, welche in einzelnen Fällen durch Bomben- und Granatensplitter einen furchtbaren Grad erreicht hat,

giebt es drei verschiedene Wege, Deformitäten zu vermeiden und zu heben. Frühzeitige Vereinigung mit oder ohne Anfrischung der Ränder, blutige oder unblutige Vereinigung, nach Reinigung der Wundränder durch Eiterung, endlich plastische Operationen nach eingetretener Heilung.

Alle diese verschiedenen Methoden finden im Kriege ihre Anwendung, so dass keine der andern unbedingt vorgezogen werden kann. Die frühzeitige Vereinigung sowohl mit, als ohne Anfrischung der Ränder führt selten zu einer prima intentio in grösserem Umfange, wohl aber befestigt sie die vorhandenen Lappen in ihrer normalen Lage, bringt einige Adhärenzen hervor und schadet nicht, wenn sie nicht zu fest angelegt und zur rechten Zeit gelöst wird.

Granulirende Gesichtswunden, denen man mit Heftpflaster nicht recht beikommen kann, darf man dreist durch einige blutige Näthe sanft vereinigen.

Muss man die Heilung der Natur überlassen, so wird diese oft am besten allein damit fertig und täuscht die Erwartung von der Nothwendigkeit einer plastischen Operation, während die letztere, wo sie verrichtet wurde, ihrerseits die Erwartungen des Operateurs nicht selten täuscht. Mit Ausnahme einer gelegentlichen Anfrischung zerquetschter Ränder sind, nach meiner Meinung, alle plastischen Eingriffe vor eingetretener Heilung contraindicirt.

Verletzungen des Halses.

Wenn man den Complex von zum Leben nothwendigen Organen, die, in einen engen Raum zusammenge-

drängt, den Hals bilden, berücksichtigt, so sollte man die Verletzungen desselben durch Kugeln für viel häufiger tödtlich halten, als sie es in der That sind. Denn nach jedem Gefechte kommen eine Menge Halswunden vor, welche einen glücklichen Ausgang nehmen. Es zeigt sich am Halse besonders, welchen Schutz die empfindlichsten Organe durch ihre Structur und Lagerung finden, die Nerven durch ihr zähes Neurilem, die Gefässe durch ihre Beweglichkeit.

Verletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre sind an sich nicht tödtlich, auch werden viele am Halse Verletzte geheilt, bei denen eine oberflächliche Verletzung der Halswirbel durch den Abgang der Knochensplitter oder mit dem Finger constatirt wird. Contusionen der vorzüglichsten Nervenstämme des Halses, des Vagus Phrenicus und Sympathicus, wenn sie für den Augenblick auch deren Function stören, tödten doch nicht sofort, weil die entsprechenden Nerven der andern Seite nicht auf gleiche Weise afficirt zu sein pflegen.

Die dringendsten Gefahren der Halsverletzungen bestehen wohl in der Eröffnung der grossen Gefässe, namentlich der Carotis interna, deren Blutung selbst dann rasch zu tödten pflegt, wenn ein Wundarzt zur Stelle ist. Larrey hat einen Fall mitgetheilt, in welchem die aus der Richtung des Schusscanals und der heftigen Blutung vermuthete Verletzung der Carotis externa durch augenblickliche Compression mit dem Finger und methodischen Compressiv-Verband glücklich verlief.

Im Jahre 1849 am 12. September im Gefechte bei Missunde bekam der Jäger A. K. einen Schuss in die

Oberlippe unter dem rechten Nasenflügel, welcher den Hundszahn und einen Schneidezahn fortriss. Der weitere Verlauf der Kugel konnte nicht ermittelt werden. Ausser einigen Sprach- und Schlingbeschwerden befand der Verwundete sich ziemlich wohl. Einige gastrische Erscheinungen veranlassten den behandelnden Arzt zu der Unvorsichtigkeit, ihm am 15ten Abends ein Brechmittel zu geben, wonach Blutungen eintraten, welche den Kranken tödteten, während man um 9 Uhr Morgens des 16. Septembers den Versuch machte, den Stamm der Carotis zu unterbinden. Bei der Section zeigte es sich, dass die Kugel durch die linke Tonsille gegangen war und sich hinter der Bifurcation der Carotis gelagert hatte. Die Carotis interna hatte einen Einriss von der Länge eines Viertelzolls. Dessen ungeachtet war hier also während dreier Tage keine Blutung entstanden. Durch das Brechmittel wurde dieselbe jedenfalls verfrühet, und hätte nicht die Kugel ganz in der Nähe gelegen, so wäre um so eher der Verletzte mit dem Leben davon gekommen. Im Ganzen sind die Fälle nicht selten, wo Kugeln in der Nähe der grossen Gefässe des Halses liegen bleiben, und es ist noch eine Streitfrage unter den Militairärzten, ob man dieselben, nöthigenfalls durch einen Schnitt, extrahiren solle. Percy räth davon ab.

Die Erledigung dieser Frage ist in der Praxis wohl nicht so sehr schwierig. Können solche Kugeln mit Sicherheit erkannt werden, so wird wohl Niemand Anstand nehmen sie zu excidiren, denn alsdann kann die dazu nöthige Operation auf eine Art ausgeführt werden, dass die Gefässe dabei geschont werden.

Dagegen wird man sich gewiss aller unvorsichtigen Untersuchungen von Wunden enthalten in Fällen, wo wahrscheinlich grosse Gefässe verletzt sind, den Fall aber so behandeln, als ob diese Verletzung vorläge, d. h. mit anhaltenden kalten Umschlägen und strenger Antiphlogose. Es ist besser, dass der Kranke durch einige Aderlässen Blut verliere, als dass er sich zu Tode blute, wenn man eine heftige Entzündung und ausgiebige Eiterung zu Stande kommen lässt. Bei einer solchen strengen Antiphlogose ist dann jedenfalls die Aussicht auf temporäre Einheilung der Kugel am grössten. Dass man sich vor Brechmitteln zu hüten habe, versteht sich von selbst. Es ist wohl nicht überflüssig, bei dieser Gelegenheit daran zu erinnern, dass Wunden und Entzüngungsgeschwülste der Mundhöhle, welche zur Eiterung neigen, einen dicken Zungenbeleg hervorbringen, an dem der Magen keinen Antheil hat.

Hennen bemerkt bereits, dass die Schusswunden des Halses sich nicht gut zu physiologischen Beobachtungen eignen, indess ist dies doch nicht in voller Ausdehnung anzuwenden, wenn auch die vorkommende Beobachtung nicht die Schärfe eines physiologischen Experiments hat. Am leichtesten zu constatiren sind die Contusionen des Plexus brachialis, von denen schon früher die Rede war, die Verletzung des einen Vagus, durch Aufhören des Respirationsgeräusches an der betreffenden Seite, Laryngismus und rauhe Sprache bei Fortdauer der Inspirationsbewegung. Die Verletzung des Phrenicus durch verminderte Inspirationsbewegung der verletzten Seite, die Verletzung des Sympathicus durch Erweiterung der Pupille der leidenden Seite. In-

dess kommen diese Erscheinungen bei Schusswunden niemals rein vor, und ähnliche Zufälle können durch andere Ursachen hervorgebracht werden, z. B. durch Verletzung des Kehlkopfes selbst, oder durch Ausdehnung der Entzündung auf die Nerven, wie man dies bei der Operation grosser Geschwülste im Trigonum carotideum erlebt. Es würde deshalb jedenfalls gefehlt sein, aus der Gegenwart von Symptomen, welche auf Nervenverletzungen schliessen lassen, die Prognose lethal zu stellen und die Hände in den Schoss zu legen, besonders da wir wissen, dass Nerven der Kugel sehr häufig ausweichen und dass contundirte Nerven ihre Functionen später wieder übernehmen.

Dies möchte ich Herrn Dr. Beck entgegnen, welcher pag. 154 seines Buches über Schusswunden mein Verfahren in einem Falle aus meiner Klinik in Freiburg tadelt, wo die Erscheinungen der Contusion des Vagus deutlich vorhanden waren, aber auch die Verletzung des Kehlkopfes höchst wahrscheinlich war, weil der Schuss in der Höhe des Kehlkopfes hinter dem linken Kopfnicker eingedrungen und vor dem rechten Kopfnicker wieder ausgetreten war. Ich that in diesem Falle Alles, um das Leben zu erhalten, d. h. ich behandelte den Verwundeten streng antiphlogistisch und machte am fünften Tage, wo der Laryngismus so stark geworden war, dass man in grosser Entfernung schon die pfeifende Respiration hören konnte, den Kehlkopfschnitt, indess zu spät, denn der Verwundete hauchte seinen letzten Athemzug durch den Kehlkopfschnitt aus. Bei der Section fand sich, dass der Nervus phrenicus und Vagus sinister, so wie das Ganglion cervicale medium

des Sympathicus gequetscht waren, dass aber auch ausser dem Schlundkopfe, welcher zweimal durchbohrt war, sowohl die Cartilago arytaenoidea wie thyreoidea zerrissen waren. Bei der von Dr. Beck selbst angestellten mikroskopischen Untersuchung fand sich die von der Kugel getroffene Stelle des Vagus etwas erweicht, aber ihre Primitivfäden erhalten. In der linken Lunge fehlten die gewöhnlich bei vollkommener Trennung des Vagus vorkommenden pneumonischen Erscheinungen. Nach diesem Thatbestande muss man der Verletzung des Kehlkopfes selbst einen bedeutenden Antheil an den Störungen der Respiration beimessen und bedauern, dass die Eröffnung des Kehlkopfes, welche Larrey in solchen Fällen bereits empfohlen hat, nicht schon zu einer Zeit vorgenommen wurde, wo sie noch hätte helfen können.

Die Verletzung der Luftwege am Halse verdient wegen ihrer rasch eintretenden Gefahren eine besondere Berücksichtigung. Schüsse, welche zwischen Zungenbein und Kehlkopf durchgehen, haben mitunter den Kehldeckel nur so leicht oder gar nicht gestreift, dass das Schlingen nicht erschwert ist, bringen aber doch, wie ich mehrmals gesehen habe, eine Stimmlosigkeit hervor, welche anfangs vollständig sein kann, sich mit der Zeit aber wieder verliert.

Ist der Kehldeckel sammt der Stimmritze ausgiebig zerrissen worden, so entstehen die qualvollen Schlingbeschwerden, in denen bei jedem Versuche zu schlucken die Ingesta theilweise in den Kehlkopf gerathen.

Dabei kann man, wie Larrey gezeigt hat, das Leben erhalten, indem man die Ernährung durch eine

Schlundsonde besorgt, die man, wenn sie vertragen wird, liegen lässt, sonst aber zweimal am Tage einführt. Nach meiner Erfahrung ist es die bequemste Methode die Schlundsonde einzuführen, wenn man dieselbe mit einem passend gebogenen Drathe versieht, der nicht ganz bis zur Spitze reicht und den man sofort wieder zurückzieht, wenn man den Kehlkopf passirt hat. Ausgiebige Verletzungen des Kehlkopfes, wobei derselbe von einer Seite zur andern durchbohrt gewesen wäre, sind mir im Felde nicht vorgekommen, wohl aber Streifschüsse mit Substanzverlust, deren Erscheinungen denen ähnlich sehen, wie wir sie bei den häufigen Schnittwunden des Kehlkopfes beobachten, Dyspnoe, Aphonie, Laryngismus, beschwerliche Expectoration eines reichlich sich bildenden Schleims mit Blut gemischt, Zufälle von Bronchitis.

Die Behandlung ist dieselbe wie bei den Schnittwunden des Kehlkopfes und der Luftröhre, eine sehr streng antiphlogistische, mit Anwendung von Morphium oder anderer narkotischen Mittel, um den Hustenreiz zu mindern. Patienten dieser Art kommen oft sehr herunter, theils durch die unentbehrliche Antiphlogose, theils durch den anhaltenden Schleimauswurf. Bei zwei Patienten, welche solche Schüsse glücklich überstanden hatten, sah ich sehr guten Erfolg von dem Gebrauche der Molken als Nachkur, indem die Kräfte sich hoben und die tonlose Stimme wieder Metall bekam. Die Verletzungen der Luftröhre durch Schüsse scheinen in einer Beziehung noch gefährlicher zu sein, wie die des Kehlkopfes, indem die Umgebungen derselben Blutgefässe von grösserem Kaliber enthalten, als die des Kehlkopfes.

Die Patienten ersticken deshalb leichter durch das in die Luftwege fliessende Blut. Ich habe dies im Felde zweimal gesehen und muss dringend wünschen, dass unsere jungen Aerzte ihre Scheu vor dem Aderlass wenigstens nicht auf diese Fälle und überhaupt auf die Verletzungen des Halses ausdehnen, wie dies in den betreffenden Fällen geschehen war.

Eine Verletzung der kropfigen Schilddrüse von links nach rechts mit einem Schusscanal von 3—4 Zoll Länge habe ich ohne Blutung und mit Verkleinerung des Kropfes in Freiburg bei einem alten Manne heilen sehen. Bei Verletzungen des Halses dicht über dem Schlüsselbeine darf man nicht übersehen, dass, bei manchen Individuen höher als bei andern, das Cavum pleurae, besonders an der linken Seite, in die Halsgegend hineinragt, und dass von hieraus die Brusthöhle geöffnet werden könne. Was man übrigens von der grossen Gefahr der Eitersenkungen bei Eiterungen am Halse in die Pleurahöhlen gesagt hat, scheint mir auf einer Verwechselung zu beruhen. Eiterablagerungen am Halse, besonders wenn sie durch fremde Körper, eine Kugel, ein Kleidungsstück, ein abgesprengtes Stück von einem Halswirbel, unterhalten werden, nehmen in einem überfüllten Lazarethe leicht einen jauchigen Charakter an. Diese Eiterablagerungen liegen fast immer in der Nähe der grossen Gefässe und geben dadurch die Veranlassung zu Pyämie und pyämischen Ablagerungen, welche in diesen Fällen vorzugsweise die Pleurahöhle der verletzten Seite betreffen. Dasselbe sehen wir bei Verletzungen des Arms, hier kommt pyämische Pleuritis auch fast immer an der verletzten Seite vor.

Ich bin überzeugt, dass man diese pyämischen Ablagerungen häufig für Eitersenkungen gehalten hat, da die Untersuchung nach dem Tode nicht immer sichern Aufschluss geben kann und am wenigsten geben konnte in früheren Zeiten, wo man nichts von Pyämie wusste.

Aus diesen Zeiten aber rührt die ziemlich allgemein verbreitete Annahme von der bei Eiterungen am Halse gebotenen eiligen Eröffnung. Für die Schusswunden des Halses ist jedenfalls die rechtzeitige Extraction der fremden Körper geboten und sie macht auch oft der Eiterung rasch ein Ende, können diese aber nicht entdeckt und ausgezogen werden, so sorge man nur dafür, dass der Patient dem Einflusse der Pyämie entzogen werde, erwarte dann ruhig eine günstigere Lagerung der fremden Körper und bekümmere sich nicht um die eingebildeten Gefahren einer Eitersenkung in die Pleurahöhle, von der mir in meiner Praxis nichts vorgekommen ist.

Die Verletzungen der Speiseröhre erkennt man an dem ausfliessenden Getränk. Sie haben an sich keine besondere Gefahr und heilen bei übrigens günstigen Verhältnissen selbst ohne Hinterlassung von Stricturen.

Sehr bedenklich sind mit andern Verletzungen des Halses vorkommende Schussfracturen der Halswirbel. Ich habe einen Fall gesehen, wo der Bogen und Dornfortsatz des dritten Halswirbels weggeschossen waren und wo der Kranke mit vollständiger Paraplegie noch drei Tage lebte. Ich besitze ein Präparat von einem bei Idstedt Verwundeten, der in den Hals geschossen worden war, sich in Schleswig von Dr. Hermann Schwartz die im Nacken fühlbare Kugel herausschneiden

liess, dann aber, um sich der Gefangenschaft zu entziehen, noch die acht Meilen weite Reise nach Kiel machte, wo er am fünften Tage unter den Zufällen der Menyngitis cerebralis starb. Die Kugel hatte die linke Hälfte des Körpers vom dritten Halswirbel getrennt und nebst dem Proc. transversus die linke Art. vertebralis vollständig durchschossen.

In einem ähnlichen Falle war der Processus transversus und obliquus vom dritten und vierten Halswirbel zertrümmert und es trat am dritten Tage eine Lähmung des Arms der verletzten Seite ein, 48 Stunden später erfolgte der Tod ebenfalls unter den Zufällen der Menyngitis cerebralis. In beiden Fällen war jede kräftige Antiphlogose versäumt worden.

Da nun tiefe Schüsse des Halses und Nackens oft mit Ausstossung beträchtlicher Splitter endigen und mitunter eine unheilbare schiefe Haltung des Kopfes hinterlassen, welche bei blossen Muskelverletzungen niemals vorkommt, denn nach diesen richtet sich der Kopf immer wieder gerade, so bin ich weit entfernt, die Verletzungen der Halswirbel durch die Kugel für absolut tödtlich zu halten und empfehle dringend eine Behandlung, welche die Ausbreitung der Entzündung auf Rückenmark und Gehirn zu verhindern im Stande ist.

Verletzungen des Thorax.

Von der Häufigkeit der Verletzungen des Thorax kann man sich einen Begriff machen, wenn ich bemerke, dass von 1210 Verwundeten bei Idstedt 97 am Thorax verwundet waren, welche in Lazarethen aufgenommen werden mussten, von denen jedoch nur 17

starben. Diese Zahlen gewähren einige Beruhigung in sofern sie beweisen, dass leichte Verletzungen in überwiegender Zahl vorkommen.

1) Contusionen des Thorax.

Die Contusionen des Thorax durch matte oder auf einem schützenden Gegenstande, Brustschild, Knopfe etc. sich abplattende Kugeln bringen mitunter heftigere Zufälle hervor, als man es nach dem geringen Umfange des contundirenden Projectils erwarten sollte, und das darauf folgende Blutspeien beweist sehr oft, dass die Contusion tief genug wirkte, um das Lungengewebe zu zerreissen. Sehr oft verlieren sich die darauf entstehenden Zufälle, die Oppression der Brust, das Blutspeien, rasch, nachdem der Verletzte sich von seinem Schreck erholt hat; doch kann man darauf nicht mit Sicherheit rechnen, und es ist bei weitem besser, pleuritischen und pneumonischen Zufällen zur rechten Zeit vorzubeugen, als deren Entwickelung abzuwarten und sie dann erst zu bekämpfen. Durch eine rechtzeitige Aderlässe wird der Mann in wenigen Tagen wieder dienstfähig, welcher sonst vielleicht Wochenlang in dem Lazarethe hätte zubringen müssen. Prellschüsse des Sternum mit Tödtung der getroffenen Hautstelle erfordern die Aufnahme in das Lazareth. Viel bedenklicher als die Contusionen durch Flintenkugeln sind die durch grössere Projectile, z. B. durch eine streifende Kanonenkugel, hervorgebrachten, die oft augenblicklich tödten, ohne dass man äusserliche Spuren der Verletzung erkennt, wobei indess die Section gewöhnlich Zerreissung des Herzens oder der grossen Gefässe nachweist.

Höchst gefährlich sind auch diejenigen Contusionen,

welche der von einer Kanonenkugel zur Seite geschleuderte Arm hervorbringt, wobei denn meistens Rippenbrüche und Zerreissung der Lunge entstehen, welche entweder schnell oder selbst nach Wochen noch tödtlich werden, wenn die Amputationswunde zu heilen schien. In diesen Fällen ist es besonders, wo nur dreiste Blutentziehungen in der Reactionsperiode das Leben mitunter zu erhalten vermögen, und wo die Amputation nicht eher geschehen darf, bis es sich entschieden hat, ob der Patient den ersten Eindruck der Verletzung überleben wird. Patienten dieser Art dürfen auch nicht eher transportirt werden, bis sie amputirt sind und müssen oft vor dem Transporte erst zur Ader gelassen werden, damit nicht während desselben die innern Blutergüsse noch zunehmen.

2) Verletzungen der Weichtheile des Thorax.

Sie sind sehr häufig, weil die Convexität und Elasticität der Rippen eine Ablenkung der Kugel von ihrer geraden Richtung begünstigt. Sehr viele Verletzungen des Brustkastens betreffen nur dessen Weichtheile, obgleich die Lage der Eingangs- und Ausgangsöffnung vermuthen liesse, dass die Kugel durch die Thoraxhöhle gegangen sei. Man hat diese merkwürdigen Verletzungen so zu erklären gesucht, dass eine Kugel auf einer convexen Fläche herumlaufen könne. Dies ist indess physikalisch unmöglich, da die Kugel nur nach aussen abgelenkt werden kann. Nur der Widerstand der weichen Theile kann der Kugel einen convexen Lauf vorzeichnen. Bei genauerer Untersuchung findet man indess leicht einen viel plausibleren Grund für den schein-

bar convexen Verlauf der Kugel. Bringt man den Patienten in diejenige Stellung, in welcher er die Wunde empfing, so erkennt man deutlich genug, dass es nur eines geringen Ausweichens der Rippen bedurft habe, um den Schusscanal ganz gerade erscheinen zu lassen.

Dass die Kugel die Rippen gebogen und zerbrochen haben müsse, erkennt man in einzelnen Fällen aus dem Rippencallus, welcher erst nach völliger Heilung entdeckt wird, während die Erscheinungen früher nicht auf Rippenbruch hindeuteten. Auch im bürgerlichen Leben werden viele Rippenbrüche verkannt. Es ist bekannt genug, wie tief bei jüngern Individuen die Rippen eingedrückt werden müssen, ehe sie brechen. Man könnte freilich einwenden, die grosse Schnelligkeit einer Kugel erlaube es nicht, dass sich von der getroffenen Stelle die Gewalt auf die übrigen Rippen fortsetze, indess sind in dieser Beziehung die Gegenwirkungen elastischer Körper sehr bedeutend. Bei matten Kugeln kommt diese Elasticität noch viel mehr zur Wirksamkeit und kann ein directes Zurückschleudern derselben veranlassen, auf ähnliche Weise wie ein elastisches Brett das Projectil einer Zimmerpistole dem Schützen mitunter ins Gesicht schleudert. Der Elasticität der Rippen ist es zuzuschreiben, dass man in kurzen Schusscanälen des Thorax oft keine Kugel findet, selbst wenn die Kleidungsstücke alle durchbohrt waren, und die Kugel nicht etwa mit dem unverletzten Hemde ausgezogen wurde, wie es öfter vorkommt. Sehr oft liegen in längeren Schusscanälen bedeutende Portionen fremder Körper, Tuch und Watte. Blieb die Kugel in den weichen Theilen stecken, so findet man diese fremden Körper häufig

an derselben Stelle, wie die Kugel. Meistens können die sitzengebliebenen Kugeln leicht entdeckt und ausgeschnitten werden, besonders da der Schusscanal sich manchmal durch einen rothen Hautstreif und durch ein darunter befindliches emphysematöses Knistern zu erkennen giebt. Dieses ganz locale Emphysem, welches von Luft abhängt, die in den Schusscanal eingedrungen ist und von Bewegungen des Arms veranlasst sein kann, wie man dies wohl auch bei Abscessen in der Gegend des Latissimus dorsi findet, darf nicht verwechselt werden mit dem weiter verbreiteten Emphysem penetrirender Thoraxwunden. In andern Fällen bleibt man im Zweifel darüber, wo die Kugel stecken geblieben sei, ob ausserhalb des Thorax, in der Nähe der Wirbelsäule, oder ob sie in den Thorax selbst gelangte, worüber denn manchmal, aber nicht immer, die weitere Beobachtung Auskunft giebt.

Schon der übrigen fremden Körper wegen ist es nicht rathsam, das Ausschneiden der Kugel zu verschieben. Abgesehen von den Schmerzen und dem Eindrucke auf das Gesammtnervensystem bei empfindlichen Personen sind die übrigen Zufälle oft sehr unbedeutend und erfordern oft gar nichts als anfangs kalte und später warme Wasserumschläge.

Sobald indess der Verwundete sich von seinem Schreck erholt hat und Oppression der Brust oder Blutspeien auf eine Contusion des Lungengewebes schliessen lässt, muss auf der Stelle eine Aderlässe gemacht werden.

3) Nicht penetrirende Schussfracturen.

Sie kommen ohne Zweifel häufiger vor als sie

erkannt werden, wie ich dies vorhin schon angedeutet habe. Wenn der Schusscanal lang ist, und die Rippe einfach gebrochen, so wird die Fractur meistens nicht erkannt, was bei Schussfracturen um so weniger zu verwundern ist, da bei diesen überhaupt die Fragmente mehr im Zusammenhange bleiben, wie bei Knochenbrüchen, welche durch eine indirecte Gewalt entstehen. Bei subcutanen Rippenbrüchen im gewöhnlichen Leben kommt Emphysem bekanntlich nicht selten vor und deutet darauf hin, dass ein scharfes Rippenfragment stark nach innen gedrängt wurde und die Lunge verletzt habe. Bei Schussfracturen des Thorax kommt nichts Aehnliches vor. Nicht penetrirende Rippenbrüche machen dabei kein Emphysem, was auf die geringere Dislocation der Fragmente schliessen lässt. Das einzige sichere Mittel, die Schussfractur der Rippen zu erkennen, ist unter diesen Umständen das Eingehen mit dem Finger. Dazu ist jedoch an sich gar kein Grund vorhanden, denn eine Rippenfractur veranlasst keine besondere therapeutische Indicationen, und es ist sehr zu wünschen, dass der Verwundete mit öftern Untersuchungen durchaus verschont bleibe. Hat der Arzt auf dem Schlachtfelde bei der ersten Untersuchung der Wunde und bei der Ausziehung der fremden Körper eine Rippenfractur constatirt, so theile er dies dem Lazaretharzte oder dem Kranken mit, der dann aufmerksamer behandelt werden wird, aber nicht von Neuem wieder sondirt werden darf. Die gewöhnlichen Zeichen einer Rippenfractur im bürgerlichen Leben lassen uns bei den Schussfracturen im Stiche. Eine subcutane Rippenfractur ist bekanntlich am leichtesten zu erkennen, wenn

man die eine Hand flach auf die schmerzhafte Stelle legt und dann den Kranken husten lässt. Wenn überhaupt Crepitation möglich ist, so kommt sie dabei zum Vorschein und es bedarf zu ihrer Erkennung eben so wenig des Stethoskops, wie an irgend einer andern Stelle des Skelets. Es ist leicht begreiflich, dass Schussfracturen der Rippen grössere Reactionserscheinungen machen, wie blosse Contusionen der weichen Theile; da schon die subcutanen Rippenfracturen dies auch oft thun. Den Gefahren derselben muss man zu begegnen suchen durch kalte Umschläge, Aderlässe, niedere Temperatur, Schweigen, Opium, und schmale Kost. Man vergesse dabei nie, dass jede Schussfractur in überfüllten Lazarethen die Gefahr der Verjauchung mit sich führt, dass die von den Fragmenten contundirte Pleura späterhin gangränös werden kann, und dass dadurch eine anfangs nicht penetrirende Schusswunde des Thorax nachträglich zu einer penetrirenden werden könne. Die Gefahr dieser nachträglichen Eröffnung der Brusthöhle ist wohl nicht gross, wenn es durch die antiphlogistische Behandlung gelang, die traumatische Pleuritis auf einen geringen Umfang zu beschränken und auf diese Weise eine partielle Adhäsion der Lunge herbeizuführen, welche die getroffene Stelle abkapselt. Es möge sich doch um Gottes Willen Niemand einbilden, dass man diese traumatischen Entzündungen der Pleura auch so der Natur überlassen dürfe, wie dies mit den gewöhnlichen jetzt so häufig geschieht, und dass die Resorption des Exsudats dabei auch so leicht von Statten gehe, als dies bei den gewöhnlichen der Fall ist. Bei der Nachbarschaft einer, längere Zeit eiternden, Wunde verliert

das Exsudat die Fähigkeit, leicht aufgesogen zu werden und giebt häufig zum Pyothorax, zum langwierigen Siechthum oder zum Tode Veranlassung. Man sollte erwarten, dass, wenn bei nicht penetrirenden Schussfracturen der Rippen sich pleuritisches Exsudat in grösserer Menge bildet, dass dasselbe, besonders wenn es eiterartig wird, die Tendenz haben müsse, in die Wunde durchzubrechen. Dies ist indess nicht der Fall; neigt der Pyothorax zum Aufbruch nach aussen, so ist es oft gar nicht die verletzte Stelle, wo die Materie andrängt.

Bei den Rippenfracturen haben wir im weiteren Verlaufe des Falles dieselben Erscheinungen, wie bei andern Schussfracturen, Abgang von Bruchsplittern und bei ungünstigem Verlauf, Bildung von nekrotischen Splittern, im schlimmsten Falle Pyämie durch Phlebitis der Intercostalvene.

Der Abgang von Bruchsplittern ist bei nicht penetrirenden Schussfracturen der Rippen meistens sehr unbedeutend. Gegen Pyämie muss man den Kranken zu schützen suchen durch gute Luft, gegen eine, Nekrosen bildende, Knochenentzündung dadurch, dass man örtliche Blutentziehungen noch fortsetzt, wenn die Gefahr einer weiter verbreiteten Pleuritis schon längst vorübergegangen ist. Einige zur rechten Zeit unternommene Applicationen von Blutegeln können dem Patienten Jahre lange Unbequemlichkeiten ersparen, denn alle Nekrosen der Rippen sind schwer zu heilen, veranlassen nicht selten Brustfisteln, welche ihr tägliches Quantum von Eiter aus einem Sacke entleeren, der innerhalb des

Thorax liegt und dessen schwierige Heilung nicht bloss in der Beweglichkeit des Theils, sondern vielleicht auch darin begründet sein mag, dass die sich lösenden Splitterchen auf den Grund des Eitersacks fallen und dort selbst mit Einspritzungen nicht immer vertrieben werden können. Ohnehin werden Einspritzungen dabei nicht immer gut vertragen.

In manchen Fällen bleibt man über die Ursachen dieser fortdauernden Eiterung durchaus im Zweifel, weil man mit der Sonde keine entblösste Knochenstelle mehr entdeckt, und es ist sehr wahrscheinlich, dass ein chronisch-entzündlicher Zustand einer oder mehrerer Rippen die Eiterung in der Nachbarschaft unterhält, wie dies auch an andern Theilen des Skelets vorkommt. Eine ruhige Lebensweise, Molkenkuren, warme Bäder und Umschläge von lauwarmem Wasser oder Oelverbände sind die besten Mittel, solche Fisteln zur Heilung zu bringen, und es lohnt sich wohl der Mühe, etwas Ernsthafteres dagegen zu unternehmen, weil diese Fisteln bei gelegentlichen Erkältungen oder Erhitzungen fatale pneumonische Zufälle erregen können. Dass die Resection der verletzten Rippe dagegen nur selten indicirt sei, wird Jeder zugeben, der die Unsicherheit der Diagnose und die Gefahr des Eingriffes erwägt. Im Jahre 1849 war indess der Fanatismus für die Continuitätsresectionen noch so verbreitet, dass ein junger Arzt gegen meinen ausdrücklichen Befehl die Rippenresection machte bei einer nicht penetrirenden Fractur der siebenten und elften Rippe, wo einige Aderlässen und Blutegel den Kranken sicher gerettet haben würden, welcher dieser unüberlegten Operation geopfert wurde.

4) Penetrirende Thoraxwunden.

a. Penetrirende Stich- und Hiebwunden. Die penetrirenden Thoraxwunden, welche bei der jetzigen Kriegsführung fast immer von Kugeln herrühren, haben in der Civilpraxis nur wenig ihres Gleichen. Bei den Messer-, Degen- oder Dolchstichen kommt vorzugsweise die innere Blutung in Betracht, wenn das Herz, die grossen Gefässe, eine Mammaria oder Intercostalis verletzt sind. Bei den erstern ist gewöhnlich die Hülfe des Wundarztes nicht mehr nothwendig, Verletzungen der Mammaria und der Intercostalis kommen nur selten vor und ihre Blutung kann durch Schliessung der äussern Wunde, Kälte, Aderlässe etc. sistirt werden.

So unbezweifelt dies ist, so wenig zu bezweifeln ist auch der grosse Umfang, den die Blutung aus einer verletzten Intercostalis erreichen kann, wenn man nicht vorsichtig ist. Im Jahre 1853 hatte ich einen Fall zu begutachten, in welchem der behandelnde Arzt die Verletzung der Intercostalis verkannt hatte. Ein scharfes Messer hatte die dritte Rippe vollständig durchschnitten. Der Arzt war mit dem Finger eingegangen, war bis auf die Rippe gekommen, hatte aber nicht gefühlt, dass sie durchschnitten war, später nicht percutirt und hatte den Fall als einfach penetrirende Brustwunde nicht sehr ernsthaft genommen. Am dritten Tage starb der Patient und es fanden sich 5 Pfund Blut im Thorax. Ungeachtet der Möglichkeit so grosser innerer Blutung muss man doch die Richtigkeit der neuern Ansichten über die Behandlung einer Verletzung der Mammaria oder Intercostalis anerkennen. Bei den im gewöhnlichen Leben vorkommenden

Stichwunden des Thorax, wo die Wunde nur die Breite des verletzenden Werkzeuges zu haben pflegt, ist die Diagnose über die Quelle der Blutung zu unsicher und selbst in solchen Fällen, wie der vorhin erwähnte, wo bei vollständiger Durchschneidung einer Rippe die Intercostalis nothwendig verletzt sein musste, ist der Operationseingriff, um das Gefäss zu unterbinden, vielleicht noch gefährlicher, als die Verletzung selbst. Nur in ganz besonderen Fällen, z. B. bei grossen Säbelwunden, wo die verletzten Theile offen daliegen, kann von einer Unterbindung der Intercostalis die Rede sein. Noch bedenklicher steht es mit der Unterbindung der Mammaria interna, die, wie H. Schwartz bemerkt, oft vom Sternum ganz bedeckt verläuft.

Man kann daher als allgemeine Regel aufstellen, dass bei Stich- und Hiebwunden des Thorax, mögen sie nun mit einem sehr scharfen Instrumente, wie einem Dolch, oder mit einem weniger scharfen, wie eine Lanze oder ein Bajonet, beigebeacht worden sein, die sofortige Schliessung der Wunde durch die blutige Nath vorgenommen werden müsse. Die genaue Schliessung der Wunde ist von solcher Wichtigkeit, dass es besser ist, vorgefallene Theile der Lunge nicht zu reponiren, sondern in der Wunde liegen zu lassen. Abgesehen davon, dass sie die Wunde, wenigstens theilweise verschliessen, ist die Reposition auch deshalb bedenklich, weil die vorgefallene Lunge zum brandigen Absterben sehr geneigt ist, selbst wenn sie nur kurze Zeit vorgelegen hatte. Ich habe dies noch kürzlich bei einer Bajonetwunde gesehen, aus der ein fingerbreites Stück von dem Rande des linken obern Lungenlappens vorgefallen war. Die-

ses starb ab, obgleich dasselbe schon nach einer halben Stunde reponirt und die Wunde zugenäht worden war, ohne indess weitern Schaden zu thun.

Bei den durch weniger scharfe Instrumente hervorgebrachten penetrirenden Brustwunden gilt nur die Regel, dass man die Nath zur rechten Zeit wieder herausnimmt, d. h. ehe das andrängende Wundsecret eine erysipelatöse Röthung der Wundränder herbeiführt.

Einwickelungen des Thorax werden bei Verletzungen desselben mehr empfohlen als angewendet, da die Patienten sie meistens nicht gut vertragen. Dennoch verdienen Einwickelungen mit einer breiten Flanellbinde immerhin versucht zu werden. Sie werden am besten vertragen bei Verletzungen des obern Theils des Thorax, weil dann der Kranke hinreichend mit dem Zwerchfelle athmen kann.

b. Penetrirende Schusswunden des Thorax. Penetrirende Thoraxschüsse lassen sich unter folgende Rubriken bringen:

1) Das Projectil, besonders eine Spitzkugel, durchbohrt den Zwischenrippenraum und springt wieder zurück oder bleibt in der Oeffnung stecken, wo der Arzt sie mit dem Finger erkennt und dieselbe auszieht, was mitunter seine Schwierigkeit hat und mit grosser Vorsicht geschehen muss. Diese Fälle gehören zu den gelindesten der penetrirenden Thoraxschüsse.

Die dabei Statt findende Durchbohrung der Rippenpleura kann nicht einmal sicher erkannt werden, weil die heftigeren Zufälle grosser Oeffnungen der Thoraxwandungen fehlen können, so dass man schon die Percussion zu Hülfe nehmen muss, um aus den Zeichen

eines frühzeitigen Ergusses in die Pleurahöhle den Schluss zu ziehen, dass dieselbe gleich anfangs geöffnet worden sei, nachdem man dies vorher schon beim Eingehen mit dem Finger hatte annehmen müssen.

Unter günstigen Umständen bieten diese Verletzungen des Thorax, welche die Pleurahöhle nicht ausgiebig genug geöffnet haben, um der Luft einen freien Zutritt in dieselbe zu gestatten, keine grosse Gefahr, und heilen, ohne dass es zum Ausflusse eines blutig-serösen Pleura-Exsudats gekommen wäre.

2) Die Splitter einer durch die Kugel zerschmetterten Rippe haben die Pleura primär, meistens an mehreren Stellen durchbrochen.

Auf diesen Fall muss man gefasst sein, wenn man beim Eingehen mit dem Finger die Rippe tief eingedrückt fühlt, was jedoch nicht immer möglich ist, wenn diese Fractur in der Mitte eines längern Schusscanals liegt, ohne dessen Erweiterung eine genauere Untersuchung nicht ausführbar sein würde. Die Gefahr dieser Zustände wird nicht sehr wesentlich dadurch vermindert, dass die Kugel selbst nicht bis in den Thorax gelangte und scheint darin zu bestehen, dass die bei jeder Schussfractur vorkommende Schwierigkeit der Reinigung sich verbindet mit dem Eindringen des Secrets der entzündeten Pleura, dem leicht eine gewisse Schärfe anzukleben scheint, in die Umgebung der Schussfractur.

Unter diesen Umständen ist der Verlauf öfters ein insidiöser. Die Patienten haben anfangs keine heftigen Zufälle, weder stärkere innere Blutung, noch ausgebreitetes pleuritisches Exsudat. Die Secretion der Wunde

war anfangs gutartig, am Ende der ersten Woche, mitunter viel später, verändert sich das Wundsecret; das pleuritische Exsudat und mit ihm die dyspnoischen Zufälle und Fiebererscheinungen nehmen bedeutend zu. Antiphlogistische Mittel zeigen keinen Erfolg mehr und der Kranke stirbt entweder unter den Erscheinungen der Pyämie, oder langsamer an Pyothorax, und man findet bei der Section eine mit dem Thorax communicirende verjauchte Rippenfractur. An diesem Verlaufe hat gewiss die Lazarethluft oft beträchtlichen Antheil, wie das Hinzutreten von Pyämie beweist. Aber auch ohne diese Complication haben solche mit primärer Eröffnung des Thorax verbundene Splitterbrüche ihre grosse Gefahr, weil das Eindringen des Secrets einer sich reinigenden Schussfractur in die Pleurahöhle dieselbe zu diffusen Exsudationen disponirt. Man kann daher nicht genug Vorsicht bei Schussfracturen der Rippen mit Splitterung verwenden, und muss sich bestreben, den Zersetzungsprocess des Secrets in der complicirten Fracturstelle hinzuhalten, so lange es möglich ist, wie dies bekanntlich am besten durch frühzeitige Blutentziehungen und kalte Umschläge geschieht. Ich habe mehrmals beobachtet, wie das Eingehen mit dem Finger in solche Wunden und unzeitige Versuche Splitter zu extrahiren, eine tödtliche Wendung rasch herbeiführten, ohne Zweifel nur dadurch, dass sie der Luft den Zugang zu der zertrümmerten Stelle öffneten und die Zersetzung der Secrete und Gewebe begünstigten. Gelingt es, diesen Zersetzungsprocess hinzuhalten, so können sich feste Adhäsionen zwischen Rippen- und Lungenpleura gebildet haben, welche einer diffusen Pleuritis vorbeugen.

Diese Hoffnung auf eine abkapselnde Pleuritis hat nach meiner Meinung mehr Aussicht auf Erfolg, als grössere chirurgische Unternehmungen zur Entfernung der Splitter, welche entweder bald nach der Verletzung vorgenommen werden sollten, oder auf eine Zeit verschoben werden müssen, wo die abkapselnde Pleuritis schon eingetreten ist oder einer reichlichen Eiterung Platz gemacht hat, oder endlich, wo die Entfernung der Fragmente gelegentlich geschehen kann, wenn man sich gezwungen sieht, die noch vorhandene Wunde zu erweitern, weil die Masse des Pleurasecrets den Kranken mit Erstickung bedroht.

3) Die Kugel durchdringt den Thorax, läuft eine Strecke an der Innenwand desselben und durchbohrt ihn zum zweiten Male von innen nach aussen. Dieser Fall kommt gar nicht selten vor, selbst wenn Eingangs- und Ausgangsöffnung ein grösseres Segment des Thorax bezeichnen. So heftig die Zufälle einer inneren Blutergiessung und des Eindringens von Luft hier auch sind, so bedingen diese doch nicht die hohe Gefahr, in welcher das Leben solcher Verwundeten schwebt, denn diese Erscheinungen lassen sich durch Blutentziehungen und kalte Umschläge, so wie durch das Verschliessen der Wunde mässigen, sondern sie hängt ab von dem Eindringen fremder Körper in den Thorax. Hat deshalb die Kugel Theile der Kleidung oder Rippensplitter in der Pleurahöhle abgesetzt, so ist die Gefahr sehr bedeutend, wogegen es bei weitem weniger gefährlich ist, wenn die Kugel bei ihrem Austritte eine Rippe zertrümmerte. Ich habe mehrere Fälle glücklich heilen sehen, bei denen zahlreiche Rippensplitter nach Verlauf

einiger Wochen aus der Ausgangsöffnung hervorkamen, während man bei tödtlichen Fällen dieser Art in der Regel fremde Körper in der Brusthöhle antraf, unter denen die Rippensplitter die häufigsten sind. Diese finden sich nicht immer, wie Baudens annimmt, an dem tiefsten Puncte der Brusthöhle, sondern oft über einen grössern Umfang zerstreut. Bei der genauen Berührung der Rippen- und Lungenpleura sollte man annehmen, dass eine Kugel die Pleurahöhle nicht durchdringen könne, ohne die Lunge zu verletzen. Contundirt ist sie dabei immer, wie dies sich auch aus dem Blutspeien ergiebt, welches bei diesen Wunden niemals fehlt. Die Lungenpleura ist aber eine sehr zähe Membran, wie jeder weiss, der sich erinnert, wie schwer sie zerreisst, wenn man bei Sectionen feste Adhärenzen der Lunge mit der Hand abtrennt. Bei tödtlich verlaufenden Fällen erkennt man oft noch den Eindruck, welchen die Kugel auf der Lungenpleura hinterlassen hat, selbst dann, wenn man feste Exsudate von diesen Stellen abziehen muss.

4) Die Kugel durchbohrt den Thorax und bleibt darin zurück.

Eine Kugel dringt entweder so direct in die Brusthöhle ein, dass die Luft derselben folgen kann und das Blut aus dem Thorax nach aussen fliessen kann, oder sie nimmt ihren Weg durch starke Muskeln oder zuerst durch den Arm, so dass die Luft nicht nachfolgen und das im Thorax sich ansammelnde Blut nicht nach aussen fliessen kann. Man sollte glauben, dass im ersten Falle der Patient viel mehr von Dispnoë zu leiden haben werde, als im letzten, dies ist jedoch nicht der Fall. Das Verdrängen der Lunge durch die von aussen ein-

dringende Luft ist in der Regel nicht so bedeutend, als man erwarten sollte und wird vollkommen aufgewogen durch das im Thorax zurückgehaltene Blut, so wie später durch die Verhinderung des Abflusses der entzündlichen Exsudate. Die Gefahr des Zustandes hängt also nicht sowohl von dem mehr oder weniger directen Eindringen der Kugel ab, als vielmehr von den Verwüstungen, welche dieselbe auf ihrem Laufe angerichtet hat, z. B. ob sie fremde Körper oder Knochensplitter mit sich fortgerissen und grössere Blutung erregt hat. Dies bezieht sich aber nur auf die primäre Gefahr der Erstickung.

Dagegen scheinen diejenigen Fälle, bei denen eine indirect eindringende Kugel sich im Thorax verloren hat, leichter zu heilen, wenn auch anfangs alle Erscheinungen einer penetrirenden Brustwunde vorhanden waren und der Verlauf dieselbe bestätigt. Es ist auffallend, dass eine Kugel, welche die Thoraxwand durchdrungen hat, alsdann, ohne die Lungenpleura zu durchdringen, auf den Grund des Thorax sinken könne; indess ich habe diesen Fall mehrmals beobachtet, der sich nur durch die grosse Zähigkeit der Lungenpleura erklären lässt. Leider sinkt auch die Kugel nicht immer auf den tiefsten untern Theil des Zwerchfells, sondern kann an andern Puncten desselben ruhen und möchte schwerlich, wie Guthrie meint, durch die Percussion erkannt werden können.

In andern Fällen kann die Kugel in die Wirbelsäule gerathen, nachdem sie an der Innenwand des Thorax herumgelaufen. Am häufigsten bleibt sie in der Lunge stecken, mitunter in ganz geringer Entfernung von der Eingangsöffnung, so dass die Möglichkeit vorhanden

ist, sie mit dem Finger zu erreichen und auszuziehen.

Eine solche Gelegenheit habe ich mir einmal entgehen lassen in dem pag. 93 erzählten Falle, wo die erste Rippe zerschmettert war und wo ich das Eingehen mit dem Finger scheuete, weil die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung der Subclavia vorlag, welche der Ausgang zur Gewissheit machte.

5) Die Kugel zerreisst das Lungengewebe bei ihrem Eintritte in den Thorax.

Bei glücklich verlaufenden Fällen giebt es nur ein sicheres Zeichen der geschehenen Lungenverletzung, den Austritt von Luft in die Pleurahöhle und Emphysem. Diese Erscheinungen kommen nur selten vor, weil eine Kugel nicht wie ein Rippensplitter die Lunge anbohrt, sondern sogleich zerquetscht und zu Blutextravasaten im Lungengewebe Veranlassung giebt, so dass aus feinern verwundeten Luftwegen keine Luft in die Pleurahöhle austreten kann; daher die Seltenheit eines verbreiteten Emphysems bei penetrirenden Schusswunden der Brust. Deshalb auch ist die Abwesenheit von Pneumothorax und Emphysem durchaus kein Beweis für eine nicht geschehene Zerreissung des Lungengewebes, wogegen bei indirect eindringender Kugel das Emphysem den unzweideutigen Beweis für Verletzung des Lungengewebes abgiebt. Ich habe ein weit verbreitetes Emphysem nur zwei Mal bei penetrirenden Brustwunden gesehen, das eine Mal in dem Falle, welchen Dr. Schwartz pag. 113 seiner Beiträge zur Lehre von den Schusswunden erzählt, wo die Kugel durch den rechten Deltoideus eingedrungen und durch

die Achselhöhle ohne weitere Verletzung der Haut in den Thorax gelangt war, wo das Emphysem sich über die rechte Thoraxhälfte ausbreitete, und die penetrirende Brustwunde durch anhaltendes Blutspeien und ein bis nahe unter die Clavicula reichendes pleuritisches Exsudat hinreichend constatirt war. Der Patient wurde glücklich geheilt.

Ein viel ausgebreiteteres Emphysem beobachteten wir im Jahre 1849 an einem bei Ulderup verwundeten Officier, wo eine Kugel zwischen der zweiten und dritten Rippe eingedrungen und in gleicher Höhe zwischen dem Schulterblatt und der Wirbelsäule ausgetreten war, nach Zerschmetterung einer Rippe, deren Fragmente im Verlaufe des Falles in grosser Zahl durch die Ausgangsöffnung herauskamen. Weder aus der Eingangs- noch aus der Ausgangsöffnung kam pleuritisches Exsudat, obgleich die linke Thoraxhälfte damit angefüllt war. Hier war das Emphysem über den ganzen Thorax, über Hals und Gesicht, welches bis zur völligen Unkenntlichkeit geschwollen war, ausgedehnt. Auch dieser Patient wurde glücklich geheilt und befindet sich noch fortwährend wohl.

Bedürfte es noch des Beweises von der Unrichtigkeit einer Behauptung des Dr. Schwartz, pag. 114, dass alle Lungenverletzten a priori zu den Todten zu zählen seien, so würden diese beiden Fälle dazu dienen können.

Könnte man einen im höchsten Grade an Dyspnoë leidenden Verletzten mit vollkommener Ruhe und Sicherheit gleich anfangs percutiren, so würde man vielleicht mitunter einen Pneumothorax nachweisen, auch wo kein

Emphysem zugegen ist. Dies kann aber nicht geschehen, und Blutergüsse, so wie Pleura-Exsudat müssen sehr bald die Luft verdrängen. Emphysem und Pneumothorax sind wohl die sichersten, aber nicht die einzigen Zeichen einer zerrissenen Lunge. Man schliesst auf gleichzeitige Verletzung der Lunge, theils durch die Heftigkeit des Blutspeiens, theils aus der Zertrümmerung einer Rippe beim Eintritt in den Thorax, denn hier findet man fast ohne Ausnahme Rippensplitter in die Lungensubstanz hineingetrieben.

In therapeutischer Beziehung kann man übrigens gar keinen Unterschied machen zwischen penetrirenden Brustwunden mit und ohne Lungenverletzung und würde es selbst dann nicht dürfen, wenn die Diagnose sicherer wäre.

Es wäre ein wahres Unglück für die Militairchirurgie, wenn die von H. Schwartz gegebenen Rathschläge bei muthmasslichen Lungenverletzungen die Hände ruhig in den Schoss zu legen, den Patienten nach Belieben sterben zu lassen, oder ihn mit Opium von seinen Leiden zu befreien, Nachahmung finden sollten. Dr. Schwartz hält die Aderlässe dabei nämlich für unpassend und will bloss Opium anwenden, weil solche Verwundete theils aus der Wunde, theils durch Expectoration viel Blut verlören und doch sterben müssten. Man kann indess wohl kein schlagenderes Beispiel für den grossen Nutzen frühzeitiger Blutverluste bei Lungenschüssen lesen, als den von ihm pag. 116 erzählten Fall, wo der Patient gleich nach der Verletzung so viel Blut verlor, dass er in eine todtenähnliche Ohnmacht verfiel und erst auf dem Transporte wieder zu sich kam,

wo er dann nachträglich noch sehr viel Blut aus Wunde und Mund verlor und doch noch mit gutem Erfolge zur Ader gelassen wurde.

Es gehört eine vorgefasste Meinung vieler neuern Aerzte in ihrem ganzen Umfange dazu, um solchen Fällen gegenüber den Nutzen der Blutentziehungen zu bestreiten. Auch in dem betreffenden Falle hatte die zwischen der dritten und vierten Rippe eingedrungene Kugel erst bei ihrem Austritte am Rücken die sechste Rippe zerschmettert, und derselbe bestätigt also ebenfalls die von mir aufgestellte Ansicht, dass die dauernde Erhaltung des Lebens vorzüglich davon abhängt, ob Rippensplitter oder andere fremde Körper im Thorax abgelagert wurden oder nicht.

Hoffentlich wird eine Zeit kommen, wo man die Aderlässe wieder in ihre Rechte einsetzen wird, und wo ein Arzt, der so viel zu sehen und zu wirken Gelegenheit gehabt hat, wie Dr. Schwartz, nicht bloss eine einzige Heilung einer sicher vorhandenen Lungenverletzung zu erzählen weiss, und das bei einem Patienten, wo der Zufall es wollte, dass der erforderliche Blutverlust ohne Zuthun des Arztes Statt fand. Man wird sich dann wieder mehr an das Beispiel der ältern Militairärzte halten, welche in dieser Beziehung die neuern an Kühnheit weit übertrafen und dadurch Heilungen erzielten, an denen man jetzt verzweifeln zu müssen glaubt.

Eins der auffallendsten Beispiele dieser Art ist das von Guthrie Seite 448 seiner Commentaries erzählte des Obersten Broke, welchem er beide Temporal-Arterien nach einander öffnete und so lange wie möglich bluten liess, weil die Armvenen kein Blut

geben wollten. Auch in diesem Falle war die Kugel zwischen zwei Rippen, der zweiten und dritten, eingedrungen und die von ihr fortgerissenen Stücke der Kleidung waren mit der Kugel, unter dem Schulterblatte liegend, durch einen Einschnitt ausgezogen worden.

In Bezug auf die Gefahr penetrirender Brustwunden kann die Untersuchung der Kleider, in wie fern dieselben einen Substanzverlust erlitten haben oder nicht, vermuthlich mehr Aufschluss geben, als die Vermuthungen über die Mitverletzung der Lunge; man sollte sie daher, der Prognose wegen, nie versäumen, denn wo die Kugel zwischen zwei Rippen eingedrungen ist, ohne Stücke der Kleidung mitzunehmen, wird die Verletzung jedenfalls weniger gefährlich sein.

Von den Gefahren der penetrirenden Brustwunden.

Die hohe Gefahr penetrirender Brustwunden ist eine primäre, welche der Verletzung sogleich folgt, und eine secundäre, welche aus den Reactionserscheinungen hervorgeht. Die primäre Gefahr beruht auf der Blutung und dem Eindringen der Luft in die Pleurahöhle, die secundäre in der Zertrümmerung von Geweben und fremden Körpern, welche der Einkapselung wenig zugänglich sind. Die Blutung bei penetrirenden Schusswunden, wenn sie aus dem Herzen oder grossen Gefässen kommt, tödtet auf der Stelle. Sie ist mitunter aber auch sehr heftig, wenn die Kugel das Lungengewebe ausgiebig verletzte, oder contundirte. Ist die Lunge bloss contundirt, so ist die Blutung aus der

Schussöffnung weniger bedeutend, es können aber beträchtliche Quantitäten ausgehustet werden. Ist dagegen bei einer penetrirenden Brustwunde das Lungengewebe ausgiebig verletzt, so wird nicht bloss ein hellrothes schäumiges Blut ausgeworfen, sondern dasselbe dringt auch um so leichter nach aussen, je directer der Schusscanal in den Thorax drang. Die dabei Statt findende innere Blutung ist für sich allein im Stande, die heftigste Dyspnoë hervorzubringen, welche bei penetrirenden Schusswunden fast unmittelbar der Verletzung folgt, man muss sich deshalb hüten, der Erschütterung des Nervensystems dabei einen zu erheblichen Antheil zuzuschreiben, weil dies zu verkehrten Maassregeln, nämlich zu der Anwendung von Reizmitteln führen würde. Die Erfahrung lehrt, dass diejenigen Verwundeten am leichtesten davonkommen, bei denen das Blut sich nach aussen ergiessen konnte, so dass sie durch dessen innere Anhäufung nicht ersticken. Unter diesen Umständen hört die innere Blutung mitunter auf, wenn der Patient durch den Blutverlust ohnmächtig wird, kann sich aber später wieder erneuern, wenn der Kranke transportirt oder auf andere Weise aufgeregt wird, oder wenn nach Verlauf von einigen Stunden die Blutmasse wieder zugenommen hat. Das durch Husten ausgeworfene Blut kann die Oppression der Brust nicht wesentlich vermindern, weil der Act des Hustens selbst die Blutung wieder anregt. Auf der andern Seite lehrt die Erfahrung, dass Blutungen, deren Quelle man nicht direct zu stopfen im Stande ist, durch Verschliessung der äussern Wunde gestillt werden können. Die Combination dieser beiden Erfahrungen führte zu dem seit Jahrhunderten bereits

gebräuchlichen Verfahren, die äussere Wunde frühzeitig zu schliessen und den Patienten durch wiederholte Aderlässen in einem Zustande von Anämie zu erhalten, welcher als das Hauptmittel, die Erneuerung der innern Blutung zu verhindern, angesehen werden muss.

Die Verschliessung der äussern Wunde gewährt ausserdem noch den erheblichen Nutzen, dass sie dem Eindringen der äussern Luft Schranken setzt. Es ist nämlich vorzugsweise die von aussen eindringende Luft, welche bei penetrirenden Brustwunden mit oder ohne Lungenverletzung eine erhöhete Gefahr giebt, weil diese durch ihre geringere Temperatur mehr geeignet ist, das Lungengewebe zu comprimiren, als die aus den verletzten Luftwegen in das Cavum pleurae tretende Luft. Auch diese macht freilich bei undurchbohrten Thoraxwänden mitunter einen vollständigen Pneumothorax, wie dies zuweilen bei Rippenbrüchen vorkommt, bei denen sich damit ein weitverbreitetes Emphysem verbinden kann; sobald indess eine freie Communication mit der äussern Luft besteht, kann die von den Luftwegen in die Pleurahöhle gelangende Luft nicht wesentlich in Betracht kommen, besonders bei Schussfracturen der Lunge, wo durch die zertrümmerte Substanz und durch geronnenes Blut die feinern Luftwege schnell verlegt werden. Die äussere Luft wird nun aber nicht bloss durch den Verband abgehalten, sondern vorzüglich auch durch das im Thorax angehäufte Blut und Pleurasecret, welche den betreffenden Lungenflügel zusammendrücken und dadurch ein neues Hülfsmittel für die Blutstillung der verletzten Lunge abgeben. Deshalb sind bei penetrirenden Brustwunden die Erscheinungen des Pneumothorax

theils sehr begränzt, theils gänzlich fehlend, weil die Pleurahöhle sich schnell mit blutiger Flüssigkeit anfüllt. Bei der Wichtigkeit der Schliessung der äussern Wunde ist es nicht zu verwundern, dass man immer von neuem wieder die Frage anregt, ob nicht nach Anfrischung der Wundränder die blutige Nath angelegt werden solle und zwar, wie Dieffenbach wollte, die umschlungene Nath. Die guten Erfolge einer frühzeitigen organischen Verschliessung bei penetrirenden Stichwunden scheinen dazu aufzufordern, aber leider sind die Verhältnisse bei Schusswunden ganz anders. Schusswunden sind unreine Wunden, die sich von ihren zertrümmerten Geweben erst reinigen müssen, und dies um so mehr, je bedeutender sie sind. Ganz unbedeutende Streifschüsse kann man wohl durch erste Intention heilen, wenn man, wie B. Langenbeck dies am Kopfe öfter gethan hat, nach Abtragung der Ränder die Nath anlegt. Aber man wird nicht den einfachsten, kleinsten Schusscanal der Weichtheile auf ähnliche Weise zur Heilung bringen, geschweige denn einen Schusscanal des Thorax, wenn man auch darauf rechnet, dass der Patient einen Theil des zertrümmerten Lungengewebes mit der Expectoration ausleere. Auf diesen Weg der Entleerung ist nicht hinreichend zu rechnen, wo es sich um fremde Körper und Ergüsse in dem ganzen Pleurasacke handelt, und die Lunge auf eine solche Art comprimirt wird, dass sie zur Expectoration unfähig wird. Auch lehrt die Erfahrung, dass die Eingangsöffnung des Schusscanals, wenn derselbe nicht direct in den Thorax eindringt, sondern erst eine Strecke unter Haut und Muskeln verlief, sich vollständig ver-

schliesst, ohne dass dadurch der Patient immer einen wesentlichen Gewinn erzielt, weil die in der Pleurahöhle liegenden zertrümmerten Gewebe sich doch später zersetzen und in Verbindung mit den fremden Körpern Exsudationen der Pleura hervorrufen, welche durch ihren Druck die Respiration beengen, Erstickung herbeiführen und, wie ich öfter gesehen habe, Pericarditis und Endocarditis machen, oder durch Uebergang in Eiterung mit oder ohne Eröffnung nach aussen den Tod herbeiführen. Es ist deshalb nicht zu verwundern, dass selbst diejenigen erfahrenen Militairärzte, welche wie Larrey die Nath bei Brustschüssen empfehlen, davon doch nie eine ausgedehnte Anwendung gemacht haben, so dass dieses Verfahren, wie man wohl behaupten kann, sich niemals in der militairärztlichen Praxis Bahn gebrochen hat. Es konnte diesen Männern nicht entgehen, wie wohlthätig die Ausleerung des Wundsecrets aus der vorhandenen Thoraxöffnung auf den Zustand des Patienten wirkt, indem dabei nicht bloss das in der Pleurahöhle angesammelte Blut, von dem Secret der Pleura diluirt, ausgeleert wird, sondern ohne Zweifel auch die zertrümmerten Gewebe ausgestossen werden. Dieser Ausfluss beginnt, sobald das Abschwellen des Wundcanals den Ausfluss gestattet, ist anfangs blutig, serös, eigenthümlich riechend, oft unglaublich copiös, wird später sehr fötide, was ohne Zweifel von Fäulniss der Pleura-Auflagerungen abhängt, die man bei tödtlich verlaufenden Fällen schwärzlichgrau und abscheulich stinkend anzutreffen pflegt. In glücklich verlaufenden Fällen dauert dieser fötide Ausfluss nicht lange, sondern wird durch eine allmählich besser werdende und zuletzt

gute Eiterung ersetzt. Die Pleura granulirt, die comprimirt gewesenen Lungen dehnen sich allmählich wieder aus, die Rippen sinken ein, das Zwerchfell drängt sich mit den Baucheingeweiden höher in die Brusthöhle hinauf und die Heilung erfolgt mit einiger Difformität des Thorax und mit Hinterlassung einer partiellen Undurchgänglichkeit des Lungengewebes, welche sich durch den matten Ton und das aufgehobene Respirationsgeräusch in der Umgegend der Wunde oder in den unteren Theilen des Brustkastens zu erkennen giebt.

Leider bleiben die festen und nicht auflöslichen fremden Körper, Kugeln, Knochensplitter, bei diesem Ausleerungsprocesse gewöhnlich zurück und vereiteln das Heilbestreben der Natur.

Die Veränderungen, welche das verletzte Lungengewebe bei penetrirenden Brustwunden erleidet, bestehen je nach dem Zeitpuncte, in welchem der Tod erfolgte, anfangs aus einer der Lungenapoplexie ähnlichen Veränderung, später wird diese Umgebung hepatisirt, die Hepatisation wird eitrig, worauf dann die Entwickelung von Narbengewebe folgt, durch dessen Contraction die verletzte Stelle zusammenschrumpft, so dass nach längerer Zeit die Lungennarbe viel unbedeutender erscheint, als man erwartete. Wir haben einmal Gelegenheit gehabt, die Section eines Mannes zu machen, welcher von einer penetrirenden Wunde des rechten obern Lungenflügels glücklich geheilt worden war, dann aber nach drei Monaten rasch am Typhus starb, den er sich von Cameraden geholt hatte, welche in einem andern Lazarethe lagen, wobei die geringen Spuren des Schusscanals im Lungengewebe besonders

auffallend waren. Etwas Aehnliches sieht man ja auch nach geheilten Lungencavernen, wo die Narbe nicht im Verhältniss zur Grösse der Caverne steht.

Die Erfahrung, wie nützlich der Ausfluss des Pleurasecrets bei penetrirenden Brustwunden war, hat vermuthlich zu der Idee Veranlassung gegeben, diesen Secreten auch einen künstlichen Abfluss zu verschaffen, wo die Wundöffnung dafür nicht zu genügen schien, theils durch Erweiterung der vorhandenen Wunde, theils durch Anlegung einer neuen Oeffnung.

Solche Abzugscanäle würden allerdings oft von grossem Nutzen sein und sind es auch zuweilen, aber man findet dabei eine unerwartete Schwierigkeit, nämlich dass, ungeachtet einer freien Eröffnung des Zwischenrippenraums, so dass man bequem mit einem oder sogar zwei Fingern eingehen kann, doch kein freier Abfluss Statt findet, was davon herrühren mag, dass die verletzten Intercostalmuskeln die betreffenden Rippen einander nähern, theils die durch Auflagerung verdickte Pleura sich klappenartig vorlegt. Diese Erscheinung kommt häufiger vor, wo man wegen eines neu entstandenen blutig serösen Ergusses operirte, als wo die Veranlassung zur Operation ein nicht traumatischer Pyothorax war. Es tritt bekanntlich bei länger dauernden Ansammlungen im Thorax eine unvollkommene Paralyse der Intercostalmuskeln ein, welche die Rippenzwischenräume breiter macht und nach der Eröffnung des Thorax den Ausfluss des Eiters begünstigt. Deshalb ist es auch nach meiner Meinung sehr wichtig, da zu öffnen, wo die Rippen sich am meisten von einander entfernt haben. Diese Schwierigkeiten beim Ausflusse des Pleura-

secrets haben zu verschiedenen Erfindungen, um denselben zu erleichtern, Veranlassung gegeben, z. B. Einlegung von Röhrchen, Durchbohrung einer Rippe, Resection des oberen Rippenrandes, Anwendung des Glüheisens oder des Aetzmittels zur Eröffnung der Brusthöhle, Anwendung eines Schröpfkopfs oder anderer Sauginstrumente zur Entleerung des Inhalts. Alle diese Proceduren müssen als zu roh und unphysiologisch verworfen werden. Es lässt sich auch nicht verkennen, dass sie fast immer geschadet haben, wenn man die Beobachtungen derjenigen mit Aufmerksamkeit liest, welche sie empfehlen, z. B. die von Baudens. Das einzige vernünftige Mittel zur Beförderung des Abflusses eines geöffneten Thorax ist nach meiner Meinung ein warmes Cataplasma.

Die früheren Chirurgen haben offenbar die Eröffnung des Thorax nach Stich- und Schusswunden viel häufiger gemacht, als dies in unsern Tagen geschieht. Sie gingen dabei von dem Grundsatze aus, dass man das in der Brusthöhle zurückgehaltene Blut, nachdem dasselbe durch seinen Druck zur Blutstillung beigetragen habe, nach einigen Tagen aus dem Thorax herauslassen müsse, damit es nicht darin verderbe. Sie haben diese Operation öfter mit gutem Erfolge gemacht, es bleibt indess zweifelhaft, ob die Operation so oft nöthig gewesen sei. Was sie dabei ausleerten, war begreiflicher Weise grösstentheils Pleura-Exsudat mit Blut gemischt, welches bekanntlich in grossen Quantitäten wieder aufgesogen wird und nur dann sich zersetzt, wenn ihm fremde Körper beigemischt sind, oder wenn es mit der äussern Luft communicirt, also wenn ohnehin schon

ein Ausweg dafür vorhanden ist. Es ist also durchaus nicht das Blut an sich, welches eine Entleerung nach aussen nothwendig macht; wenigstens nicht in heilbaren Fällen. Wenn der Patient an einer innern Blutansammlung, trotz der angewendeten Aderlässen, zu ersticken droht, und man öffnet die Thoraxwunde wieder, wie Dupuytren dies that, bei dem von einem Dolchstiche getroffenen Herzoge von Berry, dessen rechter Ventrikel verwundet war, so ist das keine therapeutische Maassregel, sondern nur ein Verfahren, die Euthanasie zu befördern.

Auf die Ausleerung von fremden Körpern hat leider die Eröffnung des Thorax meistens einen so geringen Einfluss, dass man kaum wagen darf, sie zu diesem Zwecke namhaft zu machen.

Macht man die Eröffnung des Thorax häufiger, wo es sich bloss um Ausleerung eines unzersetzten blutig-serösen Exsudats handelt, so wird man die Operation freilich öfter mit Erfolg aber ohne Noth unternehmen, weil die fortgesetzte Anwendung der die Zertheilung befördernden Mittel die Aufsaugung herbeigeführt haben würde, wie sie bei Stichwunden am leichtesten zu erwarten ist. Bei Schusswunden ist theils schon eine Oeffnung vorhanden, theils sind fremde Körper eingeschlossen, deren Gegenwart dem ganzen Processe um so schneller eine üble Wendung giebt, je freier der Zutritt der Luft zu der innern Höhle ist. Anstatt den Kranken wesentlich und für die Dauer zu erleichtern, währt die Pleurasecretion in grossem Maasse fort, wird jauchig und führt zu einem baldigen Tode. Die meisten Chirurgen geben an, dass man vor-

züglich bei penetrirenden Schusswunden des obern Theils des Thorax eine Oeffnung im untern Theile desselben anlegen solle, damit das Secret abziehen könne. Ich zweifle jedoch an der Richtigkeit dieses Lehrsatzes; es ist freilich nicht zu leugnen, dass Verletzungen im untern Theile des Brustkastens leichter heilen, als die im obern, es ist aber noch nicht ausgemacht, dass dies gerade von dem leichtern Abflusse des Secrets komme. Je weiter nach unten und aussen die Lungen verletzt werden, desto geringer wird der Umfang der verwundeten Gefässe sein. Je weiter nach oben die Lunge verletzt ist, desto leichter kann dann ein grösserer Bronchialast geöffnet sein, welcher nicht wie die kleineren Luftwege durch zertrümmerte Gewebe und geronnenes Blut verlegt wird und dem Blute so wie den Exsudaten einen Abzug durch Expectoration gestattet, wie er bei andern Verletzungen des Lungengewebes nicht fortbesteht.

Es ist mir auffallend gewesen, dass gerade die beiden einzigen Fälle, in welchen ich nach penetrirenden Schusswunden ein ausgebreitetes Emphysem beobachtet habe, Verletzungen eines obern Lungenlappens betrafen. Beide wurden glücklich geheilt. Wenn man annehmen darf, dass ein weitverbreitetes Emphysem bei Brustschüssen nur dann vorkommt, wenn ein grösserer Bronchialast geöffnet ist, weil die Verletzung der Lungenbläschen eine reine Trennung des Zusammenhanges erfordert, wie ein scharfes Instrument, oder ein Rippensplitter sie machen, so kann man sich auch hiernach erklären, warum überhaupt bei penetrirenden Brustschüssen das Emphysem so selten sei, wie dies

übereinstimmend von allen Militairärzten angegeben wird, weil die meisten Verwundeten sich nach innen verbluten werden, bei denen ein grosser Bronchialast und damit zugleich auch grössere Gefässe verletzt wurden.

Die meisten Militairärzte leiten die Seltenheit des Emphysems davon her, dass eine directe Communication des Schusscanals nach aussen Statt finde. Dies kann aber nicht der wahre Grund sein, weil das Emphysem auch da fast immer fehlt, wo der Schusscanal nicht direct in den Thorax einmündet, sondern unter Haut und Muskeln durchging, so dass die Luft durchaus keinen freien Abzug nach aussen findet, während Emphysem doch so oft bei subcutanen Rippenbrüchen beobachtet wird.

6) Die Kugel dringt unter den wahren Rippen in den Thorax, durch das Zwerchfell in die Bauchhöhle und setzt von dort ihren Lauf entweder durch die Bauchwandungen fort oder geht zum zweiten Mal durch das Zwerchfell und tritt durch die Brustwandungen aus.

Bei Verletzungen dieser Art ist es besonders die Verwundung des Zwerchfells und der Baucheingeweide, welche die hohe Lebensgefahr bedingt. Geht der Schuss durch die linke Seite, so kann ausser der Brusthöhle der Magen, die Milz, die Niere und der Dickdarm verletzt sein. Durch die Oeffnung im Zwerchfell treten gewöhnlich Baucheingeweide in die Brusthöhle hinein und zwar nicht in kleinen Portionen, sondern, wie ich einmal bei einem Pistolenschusse gesehen habe, Magen, Colon transversum und das Netz gleichzeitig. Hier

erfolgt der Tod sehr bald unter qualvollen Erstickungszufällen und Schmerzen. Ist das Zwerchfell mehr an seiner Peripherie durchlöchert worden, so fehlt dieses Durchtreten von Baucheingeweiden in die Brusthöhle und der Tod erfolgt gewöhnlich unter den gemischten Erscheinungen der Brust- und Bauchverletzung, es kann aber Heilung eintreten, wie schon der Fall andeutet, welchen ich pag. 125 erzählt habe, wo die Brusthöhle, Milz, Niere und Colon transversum durchschossen waren und wo doch der Tod erst nach fünf Wochen auf eine Art erfolgte, welche die Möglichkeit der Heilung nicht ausschloss. Ein in Bezug auf die Richtung des Schusses ähnlicher Fall wurde unter sehr gelinden Zufällen geheilt, behielt aber sehr lange eine Kothfistel am Rücken, zwei Finger breit unter dem untern Winkel des Schulterblattes, einer gewiss sehr ungewöhnlichen Stelle für eine Kothfistel.

Bei weitem weniger gefährlich sind Schüsse dieser Art an der rechten Seite, wo die Kugel durch die Leber ging oder dieselbe bloss streifte und einen Eindruck auf derselben hinterliess. Bleiben unter diesen Umständen die Kugel und andere fremde Körper zurück, so erfolgt gewöhnlich der Tod. Dagegen tritt eher Heilung ein, wenn die Kugel am Rücken wieder austritt, wo man dann die Verletzung des Brustkastens aus der Richtung des Schusses und den physikalischen Zeichen eines innern Ergusses erkennt, die Verletzung der Leber an dem Erscheinen von Galle in dem Wundsecret. Einen glücklich verlaufenden Fall dieser Art, welchen Dr. Göze in der deutschen Klinik beschrieben hat, habe ich in Delve nach dem Sturme auf Friedrichstadt

beobachtet. Er verlief ohne alle charakteristischen Erscheinungen einer Verletzung des Zwerchfells ganz wie andere Thoraxverletzungen, unterschied sich davon nur durch die Gegenwart von Galle in dem Wundsecret. Baudens hat mehrere ähnliche Fälle mitgetheilt. Es ist also durchaus kein Grund vorhanden, dieselben als hoffnungslos aufzugeben.

Allgemeine Regeln für die Behandlung penetrirender Brustwunden.

Die Behandlung penetrirender Brustwunden, mögen sie von einer Kugel oder von einem scharfen Werkzeuge herrühren, muss auf dem Schlachtfelde beginnen. Schickt man die betreffenden Verwundeten ohne Weiteres in die Lazarethe, so werden die schlimmeren Fälle schon unterweges tödtlich enden; wo möglich sollte deshalb ein vorsichtiger Transport unter Aufsicht eines Arztes erst dann Statt finden, wenn die erste Lebensgefahr durch innere Blutung glücklich überwunden ist. Stich- und Hiebwunden müssen sogleich sorgfältig vereinigt werden, wobei man sich der umwickelten Nath zu bedienen hat.

Bei penetrirenden Schusswunden befolge man die pag. 369 angeführten Rathschläge von Hennen, wonach man die spontane oder durch eine Aderlässe herbeigeführte Ohnmacht des Kranken dazu benutzt, um sofort Alles zur Verbesserung der Wunde zu thun, was man durch Ausziehen von fremden Körpern und Rippensplittern, ohne eine zu erhebliche Erweiterung oder anderweitige Beunruhigung der Wunde zu thun im Stande

ist. Nachdem dies geschehen ist, schliesst man die Wunde durch eine feuchte Compresse, legt ein Stück Krankenleder darüber, einige Hände voll Charpie, eine trockene Compresse, und befestigt das Ganze durch eine Flanellbinde.

Man ermahne den Kranken, sich alles Sprechens und aller unnöthigen Bewegungen zu enthalten und lasse denselben auf einer Tragbahre an einen geeigneten Ort bringen, wo er, wenn es angeht, die ersten 24 Stunden verbleiben kann.

In den Lazarethen müssen kühle, luftige Zimmer, in denen keine stark eiternde Kranke liegen, ausgewählt werden, um solche Verwundete aufzunehmen. Auch dürfen nicht mehrere Verwundete dieser Art in einem Zimmer liegen, weil dieselben durchaus keine Gemüthsbewegungen ertragen können.

In der ersten Zeit ist die Behandlung von Stich- und Schusswunden des Thorax ganz dieselbe.

Absolutes Schweigen, ruhiges Verhalten, kühle, reine Luft, Enthaltung aller Nahrung, mit Ausnahme von Wasser und Haferschleim, müssen geboten werden. Kalte Umschläge um die verwundete Thoraxhälfte, am besten mit Eisbeuteln ausgeführt, müssen nicht versäumt werden.

Patienten dieser Art müssen einen aufmerksamen Wärter haben, welcher dem Arzte von jeder auffallenden Veränderung in dem Befinden des Verwundeten Nachricht giebt. Da man sich aber auf Wärter niemals verlassen kann, so hat der wachthabende Arzt selbst stündlich nachzusehen. Es kommt nämlich alles darauf an, schon in den ersten Tagen den drohenden Zufällen

zu begegnen und sogleich zur Ader zu lassen, wenn vermehrte Dyspnoë eintritt.

Bei nervenschwachen Patienten, welche eine grosse Gemüthsunruhe verrathen, kann man schon in den ersten Tagen Morphium anwenden, bei vollblütigen kräftigen Leuten darf dies nicht geschehen, hier muss man sich auf die Lancette allein verlassen. Bei der Anwendung der Aderlässe darf man seinen Maassstab nie nach dem Pulse nehmen, sondern nur nach der Dispnoë, eben so wenig darf man, namentlich bei Stichwunden, auf das Entstehen von Schmerzen an der verwundeten Seite warten, in der Idee, es handle sich dabei nur um Bekämpfung einer entstehenden Pleuritis. Die Aderlässe ist bei penetrirenden Brustwunden während der ersten Tage nicht sowohl als Antiphlogisticum indicirt, sondern deshalb, weil es besser ist, dass das Blut durch eine Aderlässe entleert werde, als dass es in den Thorax fliesse.

Es kommt ausserdem hier noch ein Umstand in Betracht, an den man noch zu wenig gedacht hat; wenn nämlich durch wiederholte Aderlässe die Masse des circulirenden Blutes wesentlich vermindert wird, so vermindert man um eben so viel das Volumen des ganzen Körpers und diese Verminderung betrifft auch die Organe des Thorax, welche von elastischen Wandungen umschlossen sind. Im Verhältniss wie der Umfang eines verletzten Organs abnimmt, vermindert sich auch der seiner Wunde. Ausserdem ist es eine bekannte Sache, dass Blutungen, selbst aus grösseren Gefässen, von selbst aufhören, wenn durch einen raschen Blutverlust die Gerinnbarkeit des Blutes zunimmt, wie dies die

Versuche von Marshall Hall wenigstens an Hunden dargethan haben.

Endlich kann man noch zur Empfehlung der Blutentziehungen bei penetrirenden Brustwunden anführen, dass dadurch das Bedürfniss nach Decarbonisation des Blutes vermindert wird, die Inspirationen also weniger tief sein werden.

Die Masse des zu entziehenden Blutes lässt sich nicht feststellen, weil sie von der Schwere der Verletzung, von der Constitution und von dem spontanen Blutverluste aus der Wunde und dem Blutspeien abhängt, doch soll man nie vergessen, dass es keine Art von Wunden giebt, bei denen man mit dem Blute so verschwenderisch umgehen muss, wie bei penetrirenden Brustwunden, und dass zwei oder drei Aderlässen in den ersten 24 Stunden und eben so viel in den folgenden beiden Tagen etwas ganz Gewöhnliches sind.

Für täglichen Stuhlgang soll man durch Bittersalz sorgen; doch bin ich nicht der Ansicht wie Dieffenbach, dass man die Verwundeten fortwährend purgiren lassen solle, weil sie dies zu sehr beunruhigt. Ich ziehe es vor, ihnen eine Nitrumlösung mit Aq. laurocerasi zu geben.

Man muss es dem Kranken überlassen, sich diejenige Lage zu wählen, in welcher er am besten inspiriren kann, muss ihn aber häufig daran erinnern, dass er jede unnöthige Veränderung derselben zu vermeiden habe. Es tritt nämlich bei jeder Anstrengung des Körpers eine Muskelspannung ein, wodurch der Thorax etwas erweitert werden kann; dabei kann die Luft von neuem wieder durch die Wunde in den Thorax ein-

dringen. Je ruhiger sich ein Patient, dem der Thorax geöffnet ist, gleich nach erhaltener Wunde verhält, desto weniger Luft dringt in die Pleurahöhle ein. Etwas hierher Gehöriges kann man auf der Jagd beobachten, wenn man ein Reh oder einen Hasen in den Thorax geschossen hat und das Thier setzt beinah ungestört seine schnelle Flucht fort, so sieht man dasselbe, bei günstiger Gelegenheit, immer mehr um den Thorax aufschwellen, es stürzt dann oft plötzlich todt zu Boden und man findet bei der Untersuchung einen rasch entwickelten Pneumothorax, welcher ohne Zweifel durch Compression des Herzens den schnellen Tod veranlasste; denn die innern Blutergüsse sind nicht immer bedeutend; hier vereinigen sich freilich die angestrengten Inspirationsbewegungen mit den übrigen, aber jede active Lageveränderung des Rumpfes erfordert eine gewisse Mitwirkung des Zwerchfells. Es sind deshalb hinreichende physiologische Gründe vorhanden, unsern Patienten jede active Veränderung ihrer Lage streng zu untersagen.

Der erste Verband muss so lange wie möglich an seinem Platze gelassen werden.

Die bei reinen Wunden angelegte Nath nimmt man heraus, sobald sie Eiterung in den Stichcanälen veranlasst.

Bei den Schusswunden erneuert man Compressen und Charpie, wenn sie vom Blut oder Secret beschmutzt sind und sich leicht abnehmen lassen.

Wird die Einwickelung mit der Flanellbinde nicht vertragen, so muss man die Verbandstücke mit breiten T-Binden befestigen. Die kalten Applicationen müssen

fortgesetzt werden, so lange sie dem Patienten irgend erträglich sind. Erst wenn bei Schusswunden der Austritt des Secrets reichlich geworden ist, eiterartig wird und nicht mit Leichtigkeit abfliesst, kann man die Wunde mit einer in warmes Wasser getauchten Compresse bedecken und darüber ein Cataplasma legen. Zum Auffangen des Secrets muss an dem geeigneten Orte Charpie gelagert werden. Der Wechsel des Verbandes muss so rasch wie möglich von Statten gehen. Man enthalte sich dabei aller Versuche, den Austritt des Pleurasecrets durch Drücken auf Thorax oder Bauch zu befördern; auch die, noch von den neuesten Schriftstellern empfohlenen, forcirten Exspirationen sind um nichts besser, wie das Ausdrücken von Wundsecreten, welches überhaupt aus der Chirurgie verschwinden sollte. Das Secret, welches man durch forcirte Exspiration oder durch Saugapparate entleert, wird vermuthlich im nächsten Augenblicke durch eindringende Luft ersetzt, welche jedenfalls schädlicher wirkt, als ein Bischen mehr oder weniger Wundsecret. Von einer Untersuchung mit dem Finger oder mit Sonden nach fremden Körpern darf in den ersten Wochen gar keine Rede sein. Erst dann kann man, von bestimmten Indicationen geleitet, danach forschen. Man vergesse dabei nicht, dass die Lebensgefahr des Patienten nicht von den fremden Körpern abhängt, welche man mit dem Finger oder mit Instrumenten erreichen kann.

Bei indirect penetrirenden Brustschüssen, oder auch bei direct eindringenden, welche von einer kleinen Kugel herrühren, wo der Abfluss des Pleurasecrets entweder unmöglich oder sehr erschwert ist, kann eine solche

Anhäufung desselben Statt finden, dass Erstickungsgefahr eintritt. Hier muss die Wunde entweder erweitert werden, oder man eröffnet den Thorax an einer passenden Stelle und zwar da, wo die Percussion die Anwesenheit eines reichlichen Ergusses ankündigt, und wo die Entfernung der Rippen von einander am grössten zu sein scheint, oder wo die Tendenz zum Durchbruch sich durch eine blutig-seröse Infiltration der äusseren Weichtheile des Thorax zu erkennen giebt. Man befolgt hierbei dasselbe Princip, welches man bei Eröffnung der Ansammlungen von Eiter oder andern Flüssigkeiten fast überall befolgt, nämlich da zu öffnen, wo die Flüssigkeit der Oberfläche am nächsten gekommen ist und nicht gerade an dem vermeinten tiefsten Puncte, der sehr oft für den Durchbruch oder Austritt unüberwindliche Schwierigkeiten darbietet. Am Thorax würde dieser tiefste Punct zwischen die unteren falschen Rippen in der Nähe der Wirbelsäule fallen. Es ist auch schon oft vorgeschlagen worden, hier zu öffnen, weil man dann die meiste Aussicht habe, die Kugel oder andere fremde Körper herauszubefördern. Indess hat man es fast nie gethan, die Macht der Umstände war grösser, als die der Theorie, welche am Schreibtische aufgestellt wurde. Da Patienten dieser Art fast nie auf dem Rücken, sondern auf der kranken Seite liegen, so ist auch nicht einmal der hintere untere Winkel des Thorax der tiefste Punct, sondern die Seitenfläche des Thorax, auch hat man hier fast immer die Eröffnung vorgenommen.

Man macht die Eröffnung des Thorax, indem man die Weichtheile durch einen Einschnitt spaltet, welcher

fast im rechten Winkel die Längsaxe der Rippen schneidet, trennt die Intercostalmuskeln mit vorsichtigen Messerzügen, indem man sich mehr an den obern Rippenrand hält, bis man auf die Pleura kommt, welche man mitunter, aber nicht immer, an ihrer bläulichweissen Farbe erkennt. Drängt das Secret stark gegen die Pleura, so kann man diese dreist einstechen und während des Hervordringens der Flüssigkeit mit dem Knopfmesser nach beiden Seiten und T-förmig gegen den oberen Rippenrand dilatiren.

Hält man sich bei dieser Operation an den durch die Percussion ausfindig gemachten Punct, wo in der That eine grössere Masse von Fluidum angesammelt ist, so wird man nie riskiren, eine Fehloperation gemacht zu haben und keine Flüssigkeit zu finden; dies kann aber sehr leicht geschehen, wenn man aus theoretischen Gründen den vermeinten tiefsten Punct anschneidet und zwar aus folgenden Gründen. Wenn die Lunge durch eingedrungene Luft und später durch Pleura-Exsudat gegen die Wirbelsäule zurückgedrängt worden ist, so berührt sie gar nicht mehr die untere Peripherie des Zwerchfells und der Rippenpleura. Die das Zwerchfell bedeckende Pleura liegt dicht an der Rippenpleura und kann damit schon in den ersten Tagen verwachsen, wie ich dies bei Sectionen öfter gesehen habe. Dies ereignet sich um so leichter, weil Exsudationen, welche durch Blutentziehungen und kalte Umschläge nicht so weit im Zaume gehalten werden, um eine Operation entbehrlich zu machen, von den fremden Körpern herzurühren pflegen, welche bekanntlich nicht gleich in den ersten Tagen, sondern viel später bedeutendere

Pleura-Exsudationen veranlassen. Bei der mässigeren Reaction, welche in den ersten Tagen entsteht und durch die Blutentziehungen noch vermindert wird, kommt dann die Adhäsion des Zwerchfells und der Rippenpleura auch da zu Stande, wo der Schusscanal gerade durchgeht, so dass selbst die Erweiterung des Schusscanals, wenn derselbe den untern Theil des Thorax betraf, zur Entleerung des Pleurasecrets nichts beiträgt. Daher kann es denn schon kommen, was ich früher bemerkte, dass der Pyothorax, durch fremde Körper entstanden, gar nicht immer die Tendenz hat, durch den Wundcanal sich nach aussen zu entleeren. Diese Bemerkungen sind deshalb von grosser Wichtigkeit, weil man so vielfach gerathen hat, den Thorax wegen Pleurasecret bei fremden Körpern an seinem tiefsten Puncte zu öffnen. Ein langes Suchen nach fremden Körpern durch die künstliche Thoraxwunde ist durchaus nicht zu gestatten, theils weil sie, wie namentlich die Rippensplitter, in der Brusthöhle zerstreut liegen können, und was die Kugel anbetrifft, weil dieselbe durch die ersten plastischen Exsudate zwischen Zwerchfell und Rippenpleura bereits eingekapselt sein kann. Man muss sich daher begnügen, das auszuziehen, was man leicht fühlen und erreichen kann, die Ausleerung des übrigen dagegen von der Zukunft erwarten, indem man den Patienten eine Lage annehmen lässt, wobei die angelegte Wunde den tiefsten Punct bildet.

Einspritzungen in den geöffneten Thorax dürfen nicht gemacht werden, so lange noch Lebensgefahr vorhanden ist, und auch später nur mit Vorsicht, da sie meistens nicht vertragen werden, selbst wenn man sie

nur von warmen Wasser macht, welches mir allein zulässig zu sein scheint. Eben so wenig vertragen werden Wieken oder Röhrchen zur Beförderung des Abflusses, den man nur durch warme Cataplasmen unterhalten sollte. Ich habe nur ein Mal Gelegenheit gehabt, die Eröffnung des Brustkastens in einem Falle zu machen, welchen Dr. Beck Seite 172 seines Buchs über Schusswunden beschrieben hat, wo eine Pistolenkugel, durch den rechten Deltoideus eindringend, die dritte Rippe zersplittert hatte und im Thorax stecken geblieben war. In diesem Falle trat, ungeachtet einer energischen Antiphlogose, eine solche Vermehrung des Pleurasecrets gegen den zwölften Tag ein, dass der Kranke zu ersticken drohte. Ich proponirte ihm die Eröffnung des Thorax, die er indess verweigerte und erst nach drei Tagen selbst verlangte. Die Eröffnung brachte dem Kranken Erleichterung, zugleich aber auch eine rasche Verjauchung, welcher er am Ende der dritten Woche erlag. Die Eröffnung geschah zwischen der siebenten und achten Rippe, die Kugel lag auf dem Zwerchfell, eine Handbreit von der Wirbelsäule, mehrere Rippensplitter steckten im obern Lungenlappen.

So viel mir bekannt, ist die Eröffnung des Brustkastens wegen einer penetrirenden Brustwunde in den schleswig-holsteinischen Feldzügen gar nicht gemacht worden. Vermuthlich geht es mit dieser Operation wie mit der Paracenthese des Thorax bei nicht traumatischen, entzündlich-serösen Pleura-Ergüssen, wo man sie zeitenweise ohne Noth sehr häufig angewendet hat, in der neuesten Zeit jedoch in die gebührenden Gränzen zurückweist. Während meiner academischen Laufbahn bin

ich oft von den Professoren der medicinischen Klinik aufgefordert worden, in solchen Fällen den Thorax zu öffnen, habe mich jedes Mal dagegen erklärt, und die Kranken genasen auch ohne Operation. Etwas ganz Anderes ist es mit purulenten Ansammlungen, welche ihre Tendenz zum Aufbruch deutlich zu erkennen geben durch Breiterwerden der Intercostalräume und serösblutige Infiltrationen der Thoraxwandungen. In diesen Fällen habe auch ich die Operation mit gutem Erfolge gemacht, bin aber der Ansicht, dass man die Eröffnung der Natur überlassen solle, wenn man nicht durch heftige Zufälle zur Eröffnung gedrängt wird.

Sehr bedauernswerth sind diejenigen Fälle, wo der von der Kugel geöffnete Thorax nicht wieder zuheilen will, entweder der fremden Körper wegen, oder wegen Unfähigkeit der comprimirten Lunge sich wieder auszudehnen, und wegen der vorhandenen Unmöglichkeit, die grosse Höhle durch Einsinken der Rippen zur Verschliessung zu bringen. Solche Unglückliche leben oft über Jahresfrist und sterben, wie ich gesehen habe, manchmal erst an einem Morbus Brightii, den man der lange dauernden Eiterung zuzuschreiben hat. In Fällen dieser Art habe ich die Bemerkung gemacht, dass die Rippen hypertrophisch werden und dadurch etwas zur Verkleinerung der Höhle beitragen.

Wenn solche Patienten hektisch werden, oder sehr herunterkommen, so ist es ein sehr gewöhnlicher Fehler jüngerer Aerzte, dass sie durch China und kräftige Nahrung zu helfen suchen, und dadurch Oel ins Feuer giessen. Ich kann wohl behaupten, dass ich

mehreren mit Brustwunden Behafteten dadurch das Leben gerettet habe, dass ich sie zu einer blanden Diät zurückführte.

Verletzungen des Unterleibes.

Diese zerfallen, wie die des Thorax, in Contusionen, Verletzungen der Wandungen, einfach penetrirende und penetrirende mit Verletzung der Baucheingeweide.

Die Contusionen der Bauchwandungen erregen mitunter schon Zufälle von Prostration, welche man nur theilweise der Gemüthsbewegung zuzuschreiben hat.

In einem Falle sah ich nach einem Stosse mit einem Flintenkolben eine merkwürdige Nervenkrankheit, welche mit Epilepsie Aehnlichkeit hatte, mit heftigen und andauernden Schmerzen der ganzen oberen Bauchgegend, Eingezogensein der Bauchmuskeln und einem krampfhaften Zittern des Zwerchfells verbunden war. Dazu traten von Zeit zu Zeit klonische Krämpfe der Extremitäten, während deren, Tage oder Nächte langer, Dauer der Kranke fortwährend schrie. Dieser Zustand trotzte allen Mitteln, verlor sich aber allmählich, und der Patient war nach zwei Jahren wieder ganz gesund, nachdem er bis zum Skelet abgemagert gewesen war.

Es ist wohl nicht überflüssig, solcher extremen, glücklicher Weise seltenen, Fälle zu erwähnen, deren lange Dauer eine organische Läsion der Abdominalganglien vermuthen lässt, da bei schnell vorübergehenden Zufällen allgemeiner Prostration nach Contusionen des Bauches doch wohl etwas Aehnliches Statt findet,

wie es im Thorax nicht in so ausgedehntem Maasse vorkommt, wo die Ganglien durch den Thorax besser geschützt sind. Die spätere Folge solcher Contusionen ist Peritonitis, welche einen beträchtlichen Grad erreichen und wiederholte Blutentziehungen, besonders örtliche, nebst kalten Umschlägen erfordern kann. Indess pflegen die Folgen nicht lange anzuhalten.

Streif- und Haarseilschüsse der Bauchwandungen kommen nicht so häufig vor, als am Thorax. Unter den 1210 Verwundeten bei Idstedt waren nur vier. Es bleibt dabei mitunter zweifelhaft, ob sie die Bauchwandungen durchdrungen haben oder nicht, man muss sie daher mit Aufmerksamkeit behandeln.

Die penetrirenden Bauchwunden ohne Verletzung der Eingeweide sind im Ganzen genommen selten bei Schusswunden, aber auch von mir in den verschiedensten Formen beobachtet worden.

Entweder dringt die Kugel in die Bauchhöhle ein, läuft eine Strecke an deren Innenwand und tritt in einiger Entfernung durch die Bauchwandungen wieder heraus, oder sie bahnt sich ihren Weg zwischen den Därmen, ohne dieselben zu zerreissen und bleibt irgendwo stecken, z. B. in oder neben einem Lendenwirbel. Diese Fälle verlaufen meistens tödtlich, wenn die Kugel die Baucheingeweide auch nicht zerrissen hat, so hat sie dieselben doch heftig contundirt, und eine Enteritis und Peritonitis erregt, an welcher, wie ich beobachtet habe, der Patient eben so rasch sterben kann, wie bei Verletzungen des Darms. Man sollte sich deshalb durch den kleinen Puls und die kühlen Extremitäten nicht ab-

halten lassen, dem Kranken gehörig Blut zu lassen und Opium zu geben, so wie kalte Umschläge anzuwenden. Versuche die Kugel zu finden, müssen, wenn sie in die Bauchhöhle gedrungen ist, als hoffnungslos aufgegeben werden. Baudens, der sie anräth, hat zu ihrer Empfehlung Fälle erzählt, in denen er die Kugel von vorn unter dem Musculus iliacus internus auszog, oder von hinten aus den Lendenmuskeln. Diese Fälle gestatten indess begründete Zweifel darüber, ob die Bauchhöhle dabei geöffnet gewesen sei. Ich habe öfter gesehen, dass Kugeln am Poupart'schen Bande ein und hinten wieder austraten, oder stecken blieben, ohne die Bauchhöhle geöffnet zu haben. Dies ist um so weniger zu verwundern, da das Peritonaeum dort sehr locker anhängt und deshalb von der Kugel sehr leicht abgetrennt werden kann.

In Betreff der penetrirenden Bauchwunden sagt Chr. Bell in seinen Institutionen der Chirurgie:

„Nach einer Schlacht steht die Zahl der Verwundeten am Unterleibe in demselben Verhältnisse, welches die Fläche des Unterleibes zu den übrigen Theilen des Körpers hat. Wenige Tage nachher findet man jedoch keinen oder nur wenige dieser Verwundeten. Die Schlussfolge ist einleuchtend: Wunden am Unterleibe sind am tödtlichsten von allen Wunden."

Dieser Satz ist leider allzuwahr, und da man in der ersten Zeit nach einer Schlacht keine Zeit zu Sectionen hat, so bleibt man oft in Zweifel darüber, welches die nähere Todesursache gewesen sei, ob eine später eingetretene innere Blutung, wofür manchmal der

sehr unerwartet eintretende Tod spricht, unter Zufällen einer innern Verblutung, oder der Erguss des Inhalts des Darmcanals in die Bauchhöhle und dessen bekannter Einfluss auf den ganzen Organismus. Es wäre zu wünschen, dass diese Lücke in der pathologischen Anatomie der Bauchschüsse noch weiter ausgefüllt würde.

Unter den Verletzungen der vom Bauchfelle eingeschlossenen Eingeweide stehen in Bezug auf die Gefahr diejenigen des Dünndarms oben an, dann folgen vielleicht die des Magens und der Milz, dann die des Dickdarms an Stellen, die vom Bauchfell überzogen sind, dann die der Leber und zuletzt die des Colon an Stellen, die ausserhalb des Bauchfells liegen. Gleichzeitig verletzt kann auch die Blase oder eine Niere sein.

Da in der Regel mehrere dieser Organe zugleich verletzt sind, so ist es schwer, die der Verletzung eines einzelnen zukommenden Erscheinungen während des Lebens richtig aufzufassen, doch kann dies in einzelnen Fällen, mit Ausnahme der Verletzung der Milz, mit einiger Sicherheit geschehen. Zuvörderst kommt hier natürlich die Richtung des Schusses in Betracht, so wie die Stelle, wo die Kugel eindrang.

Bei Verletzungen des Magens kann der Kranke Blut erbrechen. Bei Verletzung des Dickdarms kann Blut, vielleicht auch die Kugel mit dem Stuhle abgehen. Bei Verletzungen der Niere kann Blut mit dem Harne entleert werden und nach dem Abschwellen der

Wunde, Harn aus dem Schusscanale kommen, desgleichen bei Verletzungen eines Ureters. Bei Verletzungen der Blase geht ein mit Blutklumpen gemischter Urin ab, tritt leicht Harnverhaltung ein. Von der Verletzung der Milz hat man vermuthet, dass sie bedeutende Blutungen erregen müsse, dies scheint jedoch bei Schusswunden nicht immer der Fall zu sein, wenigstens habe ich mehrere Fälle von Milzverletzung gesehen, in denen bei der Section kein irgend erhebliches Blutquantum in der Bauchhöhle war. In einem Falle, wo der Magen contundirt und die Milz verletzt war, trat gleich anfangs Blutbrechen ein, welches sich am 14. Tage sehr heftig erneuerte und den Tod zur Folge hatte. An der contundirten Stelle des Magens befand sich ein hämorrhagisches Geschwür.

Die Verletzungen des Dünndarms scheinen deshalb so rasch tödtlich zu werden, weil sich sein Inhalt rasch in die Bauchhöhle ergiesst, dort durch die lebhaften peristaltischen Bewegungen dieses Darms rasch über die ganze Bauchhöhle verbreitet, und weil eine Contraction des verwundeten Darms bei der relativen Grösse des Lochs oder der Löcher, welche eine Kugel macht, keine wesentliche Veränderung in Betreff des Austretens des Inhalts herbeizuführen vermag. Am Dickdarm, so wie auch am Magen, ist in dieser Beziehung das Verhältniss besser, besonders am Dickdarm, dessen geringere Beweglichkeit schon der weiteren Ausbreitung des in die Bauchhöhle Ergossenen nicht befördert, während eine Contraction des verwundeten Darms das in ihm befindliche Loch relativ mehr zu verkleinern vermag, wie beim Dünndarm. Deshalb betreffen auch

die Erzählungen von geheilten Schusswunden des Unterleibes mit Darmverletzung fast immer ganz entschieden den Dickdarm, ja es ergiebt sich aus einzelnen Mittheilungen, dass nur sehr unbedeutende Zufälle entstanden, wenn die Kugel in den nächsten Tagen durch den Stuhlgang ausgeleert wurde, wie denn auch ein solcher Fall nach der Schlacht von Idstedt vorgekommen ist. Hier war die Kugel in die linke Lendengegend eingedrungen und ging am 6. Tage mit dem Stuhlgange ab. In diesem Falle waren die Erscheinungen so gelinde, dass man kaum daran zweifeln konnte, die Kugel sei in den, nicht vom Bauchfell übergezogenen, Theil des Colon descendens eingedrungen.

Sehr bemerkenswerth bei den Verletzungen des Dünndarms ist der Umstand, dass der verwundete Darm, zuweilen in Begleitung eines Netzstücks, nicht selten durch die Wunde heraustritt, während nicht leicht ein unverwundeter Darm hervorgedrängt wird. Man muss annehmen, dass dies geschehe, während der getroffene Darm durch die Erschütterung gelähmt ist und daher leichter den Contractionen der Bauchmuskeln nachgab, dass er sich später zusammenzieht, hat Baudens beobachtet, der den verwundeten Darm daran erkennen, ihn mit dem Finger in der Wunde aufsuchen, hervorziehen und nähen will, ein Verfahren, welches wohl keine Nachahmung finden möchte.

Unter den Zeichen der Darmverletzung hat der Austritt von Darminhalt aus den äusseren Wunden im Anfange keine grosse Bedeutung, weil er gewöhnlich fehlt. Ein Erguss von Darminhalt in die Bauchhöhle könnte selbst durch Eingehen mit dem Finger nicht

immer sicher erkannt werden; da man nun aber weder eine in die Bauchhöhle eingedrungene Kugel auszuziehen vermag, das Aufsuchen und Hervorziehen eines von der Kugel verletzten Darms aber ganz unpractisch erscheint, so ist es am besten, das Eingehen mit dem Finger ganz zu vermeiden, da es zu einem erneuerten Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle die Veranlassung geben kann. In practischer Beziehung ist also die Unterscheidung von penetrirenden Bauchwunden mit und ohne Verletzung der Eingeweide von keinem erheblichen Nutzen, in so fern nur die Prognose, nicht aber die Therapie dadurch bestimmt wird; denn bis jetzt sehen wir uns gezwungen, in beiden Fällen dasselbe Verfahren einzuschlagen. Unsere Hoffnung bei Verletzung des Darms beruht auf der Bildung von Adhäsionen, welche der verletzte Darm mit den benachbarten Theilen eingeht, wodurch die verletzte Stelle von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen wird.

Dieser Process der Abkapselung von Löchern im Darm ist theils bei eingeklemmten Brüchen, vorzüglich aber in neuerer Zeit bei perforirenden Magen- und Darmgeschwüren studirt worden. Man hat sich überzeugt, dass durch Anlöthung des Darmcanals dabei mitunter Heilung eintritt. In der Regel stellt man sich diesen Process so vor, dass die Anlöthung des durchlöcherten Darms dabei dicht um das bestehende Loch erfolge, dies ist aber nicht immer der Fall. Ich habe zwei merkwürdige Fälle erlebt, in denen grössere Säcke innerhalb des Bauchfells sich gebildet hatten, welche mit dem Darmcanal communicirten, der eine Fall betraf einen Typhuspatienten, welcher in der Reconvalescenz

plötzlich die Zufälle der Darmperforation bekam, welche durch Opium völlig beseitigt wurden. Nach acht Tagen traten heftige peritonische Erscheinungen auf, an denen der Kranke starb. Bei der Section fand sich eine Höhle, vom Peritonaeo gebildet, in dem Umfange einer Handfläche, welche mit dem perforirten Dünndarm communicirte, an deren oberen Peripherie ein in Fäulniss übergegangener Spulwurm lag.

In dem zweiten Falle war die Höhle noch bei weitem grösser. Im Jahre 1852 kam ein Mann zu Fuss in meine Klinik in Kiel, welcher eine Kothfistel am Nabel trug. Nachdem er einige Zeit im Bette gelegen hatte, präsentirten sich an dieser Oeffnung theils Stücke brandigen Netzes, theils sehr grosse Quantitäten von den Samenbüscheln einer Pflanze, die sich bei genauer Untersuchung als Rumex acetosella auswies. Es wurde successive eine ganze Handvoll dieser unverdauten vegetabilischen Substanz aus der Fistel gezogen. Der Patient konnte darüber Auskunft geben; er hatte sie genossen, um sich dadurch von einem Durchfalle zu heilen, an welchem er Monate lang gelitten hatte. Er starb erst nach fünf Wochen an Erschöpfung. Bei der Section zeigte es sich, dass die linke Hälfte der Bauchhöhle eine abgekapselte Höhle bildete, welche durch drei Perforationen mit dem Dünndarm in Verbindung stand, diese waren durch Tuberculose des Bauchfells entstanden und von aussen nach innen durchgebrochen. Die Schleimhaut des Darmcanals zeigte keine Geschwüre.

Diese Fälle beweisen, dass das Leben längere Zeit fortbestehen kann, wenn der Darminhalt mit grösseren Flächen des Bauchfells in fortwährender Verbindung

steht, und dass die Vorstellung von der peripherischen Anlöthung perforirter Darmstellen nicht auf alle Fälle passt.

Bei der Hülflosigkeit chirurgischer Eingriffe bei Darmverletzungen erscheint es rathsam sich darauf zu beschränken, diesen Anlöthungsprocess durch andere Mittel zu begünstigen. Wir kennen zu diesem Zwecke nur folgende: Absolute Ruhe, kalte Umschläge, absolute Diät, Opium und Blutentziehungen. Das Opium würde selbst dann nöthig sein, wenn es die peristaltischen Bewegungen auch nicht verminderte, weil es jedenfalls dem Erbrechen vorbeugt. Bei spontanen Perforationen besteht die Kunst des Arztes vorzugsweise darin, es dem Patienten in einer Form zu reichen, in welcher es nicht weggebrochen wird, als Pulver, Pillen oder Tinctur oder als Morphium oder in Klystiren.

Dass bei dieser schon auf dem Schlachtfelde begonnenen Behandlung nicht viele gerettet werden mögen, liegt in der Natur dieser Verletzungen, bei denen die Löcher im Darm freilich von ganz anderm Umfange sind, als bei spontanen Darmperforationen. Glücklicher Weise ist das Opium auch den Verwundeten nicht nachtheilig, bei welchen die Kugel durch die Bauchhöhle gegangen ist, ohne einen Darm zu verletzen, obgleich bei diesen die allgemeinen und örtlichen Blutentziehungen, welche in den ersten 48 Stunden nachdrücklich angewendet werden sollten, das Beste thun müssen. Glücklicher Weise ist man jetzt davon abgekommen, Leuten, die an Peritonitis leiden, Calomel oder gar entschiedene Abführungsmittel zu geben; ausser einer Oel-Emulsion kann durchaus neben Opium kein anderes

inneres Mittel gestattet werden und auch dieses nur, wenn man bereits sicher ist, dass der Darm nicht verletzt sei, was man denn doch mitunter aus der Begränzung der Schmerzen auf die von der Kugel getroffene Partie mit einiger Sicherheit entnehmen kann.

In Betreff des Ergusses von Galle in die Bauchhöhle stimmen meine Erfahrungen mit denen vieler älteren Aerzte überein, dass derselbe längst nicht so gefährlich sei, als der Erguss des Darminhalts. Ich habe keine einzige Schusswunde des Magens oder Dünndarms, dagegen drei Verletzungen der Leber und eine der Gallenblase glücklich heilen sehen. In dem Falle, wo die Gallenblase verletzt war, zeigten sich in den ersten Tagen heftige Schmerzen, welche, über den ganzen Unterleib verbreitet, in der Gegend der Wunde freilich am heftigsten waren.

Uebersteht ein Verwundeter, dem, ausser der Bauchhöhle, ein Darm oder die Leber verletzt wurde, die Gefahr der ersten Tage, so ist Hoffnung zu seiner Erhaltung vorhanden, weil sich vermuthlich dann Adhäsionen gebildet haben, welche, den Sectionsbefunden nach, schon in den ersten zwölf Stunden zu Stande kommen können. Der Ausfluss von Koth oder Galle muss dann durch Compressen mit warmem Wasser befördert werden, durch die man auch am besten für die so nöthige Reinlichkeit sorgt. Vor blutigen Delitationen muss man sich hüten, weil sie die Bauchhöhle von neuem öffnen könnten. Die meiste Aufmerksamkeit verdient die Diät. Bis zur Heilung sollte der Verwundete nur flüssige Nahrung zu sich nehmen.

Eine Niere oder ein Ureter kann verletzt sein, ohne

dass die Bauchhöhle dabei geöffnet ist. Im Anfange nach der Verletzung sind die Erscheinungen aber so furchtbar, dass man in Zweifel bleibt, wie weit sich die Verletzung erstrecke. Kalte Extremitäten, kaum fühlbarer Puls, heftige Schmerzen im ganzen Unterleibe, Erbrechen, Abgang von blutigem Harne kommen dabei vor, beweisen aber doch nicht immer eine bedeutendere Zerreissung der Nierensubstanz, sondern scheinen mitunter nur durch eine Contusion derselben hervorgebracht zu werden, wenn diese heftigen Zufälle nach einigen Tagen vollständig nachlassen. War die Niere oder der Ureter verletzt, so tritt früher oder später Ausfluss von Harn aus der Wunde ein, welchen man an seiner limpiden Beschaffenheit und an seinem Geruche erkennt.

Am Tage nach dem Gefechte bei Ulderup wurde ein junger dänischer Officier nach Flensburg gebracht, bei dem der Schuss rechts unter den kurzen Rippen eingedrungen und in der Gegend der Wirbelsäule unter der zwölften Rippe ausgetreten war. Er bot alle Erscheinungen einer penetrirenden Bauchwunde in solcher Heftigkeit, dass wir sein Ende erwarteten, erholte sich indess bei Aderlässen und Opium. Am folgenden Tage ging Blut mit dem Harne ab, und am fünften Tage trat Harn aus der Ausgangsöffnung hervor. Nachdem dieselbe, ausser dem Urine, mehrere Wochen lang ein jauchiges Secret gegeben hatte, und ein blutiger Harn von Zeit zu Zeit wieder erschienen war, und nachdem aus der Eingangsöffnung mehrere Rippensplitter herausgezogen waren, schloss sich diese zuerst. Die Schliessung der Ausgangsöffnung erfolgte nach zwei

Monaten, nachdem unter grossen Beschwerden ein Concrement von der Grösse eines Apfelsinenkerns, bestehend aus einer leicht zu zerdrückenden Substanz, wie Tuberkelmasse, die in Verkreidung begriffen ist, durch die Harnröhre abgegangen war. Sehr bald nachher schloss sich auch die Ausgangsöffnung und der Patient, der durch seine schwächliche Körperbeschaffenheit wenig Aussicht dargeboten hatte, wurde vollständig geheilt.

Dieser Fall erinnert an einen von Hennen erzählten, wo unter denselben Umständen und mit demselben guten Erfolge ein Rippensplitter durch die Harnröhre entleert wurde.

Die Kunst vermag bei diesen Wunden der Nieren nicht viel zu thun. Man giebt Opium, mässigt in den ersten Tagen die Entzündung durch Blutentziehungen, verordnet passende Getränke, um den Harn zu diluiren, applicirt den Katheter bei Harnverhaltung durch Blutklumpen u. dergl.

Zur Heilung der Nierenfisteln darf direct nichts geschehen. Man muss abwarten, bis sie von selbst zuheilen. Zur Erweiterung der äusseren Oeffnung ist kein Anlass vorhanden.

Stich- und Hiebwunden des Bauches.

Ueber diese habe ich aus meinen Feldzügen nichts zu berichten, da sie überhaupt nicht in den schleswigholsteinischen Feldzügen vorgekommen sind, was in Bezug auf die jetzige Kriegsführung allerdings bemerkenswerth zu sein scheint. Meine Erfahrungen darüber beschränken sich auf das, was ich in der Civilpraxis

davon gesehen habe. Bekanntlich ist das Netz derjenige Theil, welcher am leichtesten aus Stichwunden der Bauchwandungen hervortritt. Weniger bekannt möchte es vielleicht sein, dass die Zurückbringung des vorgefallenen Netzes nur dann mit Sicherheit für den Kranken geschehen darf, wenn die Wunde noch ganz frisch ist. Hat das Netz erst mehrere Stunden vorgelegen, so ist es zum Absterben disponirt und geht in Zersetzung über, auch wenn dasselbe ohne grosse Gewalt zurückgeführt werden konnte. Mitunter sind die Folgen einer solchen unzeitigen Reposition des Netzes von keinem grossen Belang. Nachdem die durch eine Sutur vereinigten Bauchwandungen sich durch erste Intention geschlossen haben, entsteht am vierten bis fünften Tage eine begränzte Peritonitis, die Wunde öffnet sich wieder, giebt ein jauchiges Secret und das abgestorbene Netz kommt in grösseren oder kleineren Partikeln zum Vorschein, worauf die Wunde zuheilt. In andern Fällen kann ausgebreitete Peritonitis entstehen, an der der Kranke stirbt.

Sehr merkwürdig ist die Neigung der Netzvenen, Phlebitis und pyämische Erscheinungen hervorzurufen.

Ausser andern hierher gehörigen Beobachtungen habe ich dies in auffallender Weise bestätigt gefunden durch einen Fall, welcher im Jahre 1852 in der Nähe von Kiel vorkam.

Ein 20jähriger Bauer hatte einen Messerstich in den Leib bekommen, welcher $1\frac{1}{2}$ Zoll nach aussen rechts von dem Nabel eindrang und die Breite von $\frac{3}{4}$ Zoll hatte. Einige Quadratzoll Netz waren daraus vorgefallen, welche der nach vier Stunden eintreffende

Arzt ohne grosse Mühe reponirte und darauf die Hautwunde nähete. Nach Entfernung der Näthe am vierten Tage schien die Wunde verheilt, sie öffnete sich indess von Neuem, nachdem einige ganz gelinde peritonitische Erscheinungen vorhergegangen waren, und entleerte das brandig gewordene Netzstück. Am achten Tage entstand ganz unerwartet ein Schüttelfrost, der behandelnde Arzt entdeckte nun ein grosses pleuritisches Exsudat der rechten Seite, welches grosse Oppression der Brust veranlasste, aber ohne heftige Schmerzen entstanden war. Blutentziehungen und andere Mittel waren von keinem Erfolge, indess wurde dasselbe nach einigen Monaten vollständig wieder aufgesogen, eine Wendung, die vermuthlich nicht eingetreten sein würde, wenn der Patient in einem Lazarethe unter andern Verwundeten gelegen hätte.

Die Neigung der Netzvenen zu Entzündung, welche ich in dem vorliegenden Falle als Veranlassung der Pleurametastase betrachte, ist auch von andern Beobachtern bereits angegeben worden und möchte möglicher Weise ihre Erklärung finden in ihrem Zusammenhange mit dem Pfortadersystem, in welchem der Blutstrom auch im gesunden Zustande langsamer zu sein scheint, als in anderen Venen, vielleicht giebt sie den Schlüssel zu dem mitunter räthselhaften Tode von Personen, an denen die Operation des eingeklemmten Bruchs gemacht ist.

Erfahrene Wundärzte werden es deshalb vorziehen, das Netz ruhig draussen liegen zu lassen, wenn sie nicht unmittelbar nach geschehener Verletzung hinzukommen. Die Heilung dauert dann freilich viel länger,

weil das vorliegende Netz in manchen Fällen nur sehr langsam durch Eiterung zerstört wird, aber die Gefahr ist vermuthlich geringer und würde ohne Zweifel nur erhöhet werden, wenn man den Process durch Abschneiden grösserer Netzstücke, bei denen man auf Blutung gefast sein muss, abkürzen wollte.

Ganz kleine Netzstücke von der Dicke einer Federspule kann man unbedenklich mit der Scheere in der Nähe der Wunde wegschneiden.

Vorliegende Netzstücke hüllt man in geölte Compressen und lässt darüber kalte Umschläge machen. Vorgelagerte nicht verwundete Därme müssen natürlich unter allen Umständen reponirt werden, selbst wenn sie schon Stunden lang vorgelagert waren.

Da ich niemals Gelegenheit gehabt habe, einen Fall zu beobachten, wo ein angestochener Darm vorgelegen hätte, so kann ich nicht aus eigener Erfahrung über den Nutzen irgend einer Darmnath urtheilen, sollte sich der verwundete Darm zur Reposition eignen, und nicht besser draussen gelagert bleiben, so würde ich nicht verfehlen, das Loch im Darm auf die einfachste Weise mit einer gewöhnlichen Nähnadel und einem feinen fortlaufenden Faden so zuzunähen, dass ein Austritt seines Inhaltes nicht Statt finden könnte. Diese Proposition gründet sich auf ein analoges Verfahren bei eingeklemmten Darmbrüchen, wobei man den Darm reponirt, wenn er auch bereits so alterirt ist, dass man vorher sieht, er werde noch innerhalb der Bauchhöhle absterben, dies kann unbedenklich geschehen, so lange das Gewebe des Darms noch fest genug ist, um ein bis zwei Tage dem andrängenden Darmcontentum zu

widerstehen. Mittlerweile bilden sich die Adhäsionen des Bauchfells, welche das abgestorbene Stück von der Bauchhöhle abkapseln.

Giebt man nach der Herniotomie Opium und vermeidet es, die peristaltische Bewegung auf irgend eine Art, z. B. durch Abführungsmittel oder Klystire zu stimuliren, so gehen solche Fälle meistens glücklich; es kommt früher oder später, wie ich noch kürzlich gesehen am 11. Tage, Koth aus der Wunde; dies hört manchmal schon in einigen Tagen wieder auf, ohne dass der brandige Darmtheil zum Vorschein gekommen ist, der nach innen abgegangen sein mag. Mitunter erkennt man denselben unter dem Wundsecrete. In der Regel heilen diese Kothfisteln bald wieder zu, wenn es sich dabei nur um solche kleine Darmschlingen handelt, wie sie bei Cruralbrüchen so gewöhlich sind.

Etwas Aehnliches sollte nach meiner Meinung auch bei verwundeten Därmen geschehen. Man sollte die organische Vereinigung nicht direct von der Nath erwarten, sondern indirect, indem sie die tödtlichen Folgen eines Ergusses in die Bauchhöhle verhütet und der Natur Zeit lässt, die Heilung auf einem etwas umständlicheren Wege zu Stande zu bringen, nämlich mit Hülfe der in der Umgegend entstehenden Verklebungen.

Ob der angewendete Faden später nach innen oder nach aussen abgeht, möchte wohl ziemlich gleichgültig sein, es wird aber auch nichts im Wege sein, das Ende desselben aus der Wunde herauszuleiten.

Von diesem Standpuncte aus scheinen mir die vielen künstlichen Vorschläge zur Vereinigung von Darm-

wunden zum grössten Theile nicht im Einklange zu stehen mit dem, was die tägliche Erfahrung bei eingeklemmten Brüchen lehrt, da man doch zugestehen wird, dass die Lebensgefahr noch grösser sein möge, wenn man einen halb brandigen Darm in die Bauchhöhle zurückschiebt, als sie es ist, wenn dies mit einem angeschnittenen, aber genau zugenähten Darm geschieht, an welchem nur der schmale Saum absterben muss, um welchen der fortlaufende Faden geschlungen ist.

Nach Reposition der vorliegenden Theile näht man die äussere Hautwunde. So starke Muskeln wie die der Bauchwandungen oder deren Sehnen dürfen nie durch die Nath vereinigt werden, dazu darf man sich auch nicht durch die Idee verleiten lassen, der Patient müsse nothwendig einen Bauchbruch davontragen, wenn man bloss die Haut nähet. Es ist besser, dass er mit einem Bauchbruche am Leben bleibt, als durch eine heftig reizende, Erbrechen und Peritonitis mit Einklemmung erregende Muskelnath des Bauchs zu Grunde gehe. Ich hatte kürzlich Gelegenheit, einen jungen Arzt zu vertheidigen, der eine grosse penetrirende Bauchwunde mit Vorfall von Darm und Netz glücklich durch die Hautnath geheilt hatte. Der Gerichtsarzt meinte, der zurückgebliebene Bauchbruch hätte durch die Muskelnath vermieden werden können.

Bei penetrirenden Hieb- und Stichwunden des Bauchs sind ebenfalls das Opium, die kalten Umschläge und die Blutentziehungen als die einzig nützlichen Mittel anzusehen und müssen, wo der geringste Anschein von Reaction sich zeigt, selbst da energisch angewendet werden, wo keine Verletzung der Eingeweide Statt fand.

Verletzungen des Beckens.

Sie zerfallen in:

1) Contusionen des Beckens.

2) Schüsse der das Becken bedeckenden Weichgebilde.

3) Schüsse, welche das Becken selbst streifen oder in dasselbe eindringen.

4) Schüsse, welche die Beckenknochen durchdringen.

5) Durchdringende Beckenschüsse mit gleichzeitiger Verletzung der von demselben eingeschlossenen Organe.

Contusionen des Beckens sind nur dann von Bedeutung, wenn sie von grobem Geschütz herrühren, wobei mit Erhaltung der Haut grosse und unheilbare Läsionen der unterliegenden Theile vorhanden sein können, analog den auch im Frieden vorkommenden Zerschmetterungen des Beckens durch Auffallen schwerer Lasten, oder Sturz. Diese haben in der Regel ein schnell tödtliches Ende, unter den Erscheinungen einer fortdauernden Prostration, hervorgebracht durch innere Zerreissungen, Ergüsse und Erschütterung des Nervensystems.

Schüsse der das Becken bedeckenden Weichtheile zeichnen sich dadurch aus, dass Kugeln, welche keine Ausgangsöffnung gemacht haben, oft sehr schwer aufzufinden sind. Dies gilt besonders von denjenigen, welche in den Oberschenkel eindrangen und sich in der Gegend des Beckens in den weichen Theilen verloren. Man sollte glauben, dass Schüsse dieser Art

nicht häufig vorkommen könnten, und doch sind sie in der That durchaus nicht selten. Bei der Stärke und Mannigfaltigkeit der Muskeln, welche sie durchdringen, giebt es keinen Punct am menschlichen Körper, wo der Lauf der Kugel so schwer zu verfolgen wäre.

Die heftigen Reactionserscheinungen, welche auf diese Wunden der Weichtheile des Beckens folgen, rühren übrigens gewöhnlich davon her, dass die Kugel auf ihrem Laufe das Becken selbst berührt und contundirt hat. Sie entstehen also durch eine Combination von Ostitis mit der Entzündung der Weichgebilde. Reine Verletzungen der Weichgebilde kommen bei langen und tiefen Schusscanälen am Becken wohl nur selten vor. Contusionen der Beckenknochen scheinen aber eine noch höhere Gefahr zu bedingen, als diejenigen anderer Knochen, was zum Theil davon kommen mag, dass die äussere Form der Beckenknochen eine Ablenkung der Kugel nicht begünstigt; zum Theil aber auch von der Länge und der Verschiebung des Schusscanals, welche den Abzug der Exsudate hemmt. Es ist deshalb durchaus erforderlich, alle die Fälle, in welchen ein tiefer Schusscanal in der Gegend des Beckens zu endigen scheint, auch dann sehr ernsthaft zu nehmen, wenn durchaus keine bestimmte Erscheinung einer bedeutenderen Läsion vorliegt, z. B. wenn der Verwundete noch ganz gut gehen und stehen kann.

Ausgiebige Verletzungen der weichen Theile durch Bomben- oder Granatensplitter oder Kanonenkugeln sind längst nicht so lebensgefährlich, als diese scheinbar gar nicht so bedeutenden Flintenschüsse mit Knochencontusionen. Ich habe nach der Schlacht von Kolding einen

Fall gesehen, wo eine Kanonenkugel einen grossen Theil der rechten Hinterbacke weggerissen hatte, so dass die Wunde den Umfang von zwei Handflächen zeigte. Der Verwundete hatte sich, um der Gefangenschaft zu entgehen, auf ein Pferd geschwungen und eine halbe Stunde geritten. Die Heilung erfolgte während einer zwei Monate lang dauernden Bauchlage ohne besondere Schwierigkeiten und hinterliess eine nur geringe Störung in der Bewegung des Hüftgelenks mit Auswärtsdrehung der Fusspitze.

Je bedeutender die Contusionen der Beckenknochen in langen Schusscanälen sind, besonders wenn dabei Splitterungen der getroffenen Stelle Statt finden, desto grösser ist ihre Gefahr. Diese steigt mit der Tiefe des Schusscanals und der Stärke der umgebenden Weichgebilde. Je mehr sich deshalb die Knochenverletzung dem kleinen Becken, besonders der Gegend des Hüftgelenks nähert, desto grösser ist die Gefahr, während sie bei weitem geringer ist, wenn die von Weichtheilen weniger bedeckten Partien des Darmbeins getroffen wurden. Noch schlimmer ist der Fall, wenn die Kugel entweder die Beckenknochen oder deren natürliche Oeffnungen durchdringt und an der Innenseite der Beckenknochen stecken blieb, auch ohne Eingeweide zu verletzen oder den Peritonaealsack zu eröffnen. Es zeigt sich bei diesen Verletzungen die grosse Gefahr der traumatischen Ostitis dieses Theils des Skelets.

Selbst ohne dass die Kugel bis auf die Innenfläche des Beckens vordrang, wird der verletzte Knochen oft von einer totalen Ostitis befallen, welche eine Ablösung des Periosts und der bedeckenden Muskeln und ein

jauchiges Exsudat zur Folge hat, welches bei der Nähe der vom Becken umschlossenen Venen ausserordentlich leicht acute Pyämie herbeiführt und den Tod zur Folge hat, welchem mitunter bedeutende phlebostatische Blutungen vorhergehen, oder ein Durchbruch des Jaucheheerdes in den Peritonaealsack. Unter diesen Umständen kann der Tod schon innerhalb der ersten Woche erfolgen, wenn die Knochenentzündung sich unmittelbar an die ersten entzündlichen Reactionserscheinungen anschloss.

In andern Fällen, wo die entzündliche Reaction der weichen Theile nicht bedeutend war und dadurch schon den Schluss erlaubte, dass eine weit verbreitete acute Ostitis nicht eingetreten sei, hat der Verwundete in überfüllten Lazarethen noch die Gefahr der Knochenphlebitis zu bestehen, welche die Corticalsubstanz verschont und die Medullarsubstanz nekrotisirt. In überfüllten Lazarethen sterben auch diese Verwundeten fast immer an Pyämie und zwar an der subacuten oder chronischen Form derselben.

Bei einzeln liegenden Verwundeten dieser Art tritt zu dieser durch Contusion entstandenen innern Nekrose freilich keine Pyämie, aber die Eiterung des Schusscanals ist sehr anhaltend und die Heilung erfolgt oft erst in Jahresfrist nach Abgang spongiöser Sequester. Es ist leicht begreiflich, dass diese verschiedenen Processe viel gefährlicher werden, wenn die Kugel in der Nähe des contundirten Knochens liegt, in demselben steckt, oder an der Innenseite der Beckenknochen gelagert ist. Zunächst wird die Lebensgefahr dadurch erhöhet, welche von der ersten Reaction abhängt, die fremden Kör-

per können ausserdem eine Eiterung unterhalten, welche selbst nach Jahren noch den Tod zur Folge hat; selbst wenn die Kugel einheilt, kann sie lebenslängliche Schmerzen, Lähmung oder Contractur des Beins der betreffenden Seite unterhalten. Dass die Gefahr wirklich so wesentlich vergrössert werde durch das Zurückbleiben der Kugel und anderer fremden Körper, zeigt der bei weitem glücklichere Verlauf solcher Fälle, bei denen die Kugel durchgeschlagen hatte, und wo Exsudate und Knochensplitter einen freien Abzug finden. Ich besitze das Präparat von einem Falle, wo die Kugel in der Nähe der Spina arterior inferior unter dem Poupart'schen Bande eingedrungen war und sich im Becken verloren hatte. Der Patient starb erst nach drei Jahren in Folge der immerwährenden Eiterung aus der Eingangsöffnung, welche das Einführen eines kleinen Fingers gestattete, der jedoch stets nach abwärts in das kleine Becken gelangte, während es unmöglich blieb, mit dem Finger oder der Sonde das Darmbein zu exploriren, in welchem die Kugel vermuthet wurde. Ungeachtet der langen Dauer dieses Zustandes und der Abmagerung des Patienten zeigte sich doch nie an der äussern Circumferenz des Beckens irgend ein Punct, welcher durch Anschwellung oder Schmerzhaftigkeit die Gegenwart der Kugel verrathen hätte. Bei der Section zeigte es sich, dass die Kugel einen Zoll von der Synchondrosis sacro-iliaca entfernt, dicht über der Linea innominata im Darmbeine steckte. Die Eingangsöffnung im Knochen hatte sich so verengert, dass die in ihrer Form veränderte Kugel selbst bei der Maceration nicht herausfiel. Der verfettete und mit callösen Massen

durchsetzte Musc. iliac. intern. lag so zwischen der Eingangsöffnung und der Kugel, dass eine Sonde eine doppelte Biegung hätte haben müssen, um den ziemlich engen Canal zu passiren, welcher von dem, im kleinen Becken befindlichen, grössern Eiterheerde zum Sitze der Kugel führte.

Ein ganz ähnlicher glücklich verlaufender Fall unterschied sich von dem vorhergehenden nur dadurch, dass die Kugel durch das Darmbein wieder ausgetreten war und dass sie, ehe sie das Becken erreichte, den Radius dicht über dem Handgelenke zerschmettert hatte. Ohngeachtet dieser schweren Verletzungen genas dieser Patient ohne alle nachbleibende üble Folgen nach Abgang von zahllosen Splittern aus der hintern Oeffnung. Er studirt jetzt in Kiel die Jurisprudenz.

Nicht ohne guten Grund ermahnen deshalb alle erfahrenen Militairärzte zu einer sorgfältigen Exploration der betreffenden Beckenwunden und namentlich auch zur Extraction der Kugel. Aber leider hat man hier mit den grössten Schwierigkeiten zu kämpfen. Schon die sichere Erkennung einer festsitzenden Kugel hat ihre grossen Schwierigkeiten, insofern sie beim Anschlagen mit einer metallenen Sonde nicht den eigenthümlichen Ton einer locker sitzenden Kugel von sich giebt. Sehr geschickte Aerzte haben sich in dieser Beziehung schon getäuscht und den Tuber ischii oder andere Theile des Beckens angebohrt, um die vermeinte Kugel auszuziehen. Indess kann man sich hier noch helfen. Bei sehr genauem Percutiren findet man doch den Bleiton heraus, oder die Kugel bietet noch eine convexe Fläche dar, die sich von den umgebenden Knochen

absetzt, oder man kratzt mit einer scharfen Kornzange etwas Blei ab, was dann die Diagnose über allen Zweifel erhebt.

Eine andere Schwierigkeit ist die feste Einkeilung einer Kugel; ich habe in zwei Fällen meine ganze Kraft anwenden müssen, um eine gut angebohrte Kugel aus leicht zugänglichen Stellen des Darmbeins herauszuziehen.

Diese mechanischen Schwierigkeiten sind aber doch nur die geringsten. Der grösste Uebelstand besteht immer darin, dass die Extraction der fremden Körper ihrer grösseren Schwierigkeit wegen nicht auf dem Schlachtfelde vorgenommen wird und auch in den Lazarethen nicht früh genug an die Reihe kommt, weil andere Operationen dringender erscheinen. Sobald aber erst entzündliche Reaction eingetreten ist, haben operative Eingriffe zur Entfernung der Kugel oder der Knochensplitter immer die allergrösste Gefahr und sind nach meiner Erfahrung immer tödtlich ausgefallen. So wünschenswerth deshalb die Entfernung der Kugel bei Beckenschüssen ist, so darf dies doch nie dazu verleiten, die allgemeine Regel zu vernachlässigen, wonach Operationen zur Entfernung fremder Körper niemals in der Periode der entzündlichen Reaction oder so lange noch Pyämie zu besorgen ist, vorgenommen werden dürfen. Wir müssen dann zunächst daran denken, die Lebensgefahr zu beseitigen und diese besteht nicht in der Gegenwart der fremden Körper, sondern in der Ausbreitung der Entzündung und dem Hinzutreten von Pyämie. Ist deshalb die Extraction der Kugel in den ersten 24 Stunden versäumt worden, so hüte man sich

in der nächsten Zeit daran zu denken, sondern behandle den Patienten so streng antiphlogistisch, wie die Schwere der Verletzung es verlangt.

Die Reactionserscheinungen können hierbei nicht allein massgebend sein. Betrifft die Verletzung den Hüftbeinkamm, oder dessen nächste Nachbarschaft, so mögen zwar auch in den ersten Tagen lebhafte Reactionserscheinungen Statt finden, doch sind diese nie mit so grosser Gefahr verbunden und erfordern nicht eine so strenge Antiphlogose, als diejenigen Verletzungen, welche in den tiefern Partien des Beckens Statt finden, indem hier durch die Nähe der grossen Beckenvenen das Auftreten der Pyämie begünstigt wird. Es ist deshalb die Aufgabe, durch frühzeitige energische Antiphlogose die Masse der später sich zersetzenden Wundfeuchtigkeiten so viel als möglich zu beschränken und der Natur in ihren Bemühungen beizustehen, die verletzte Region durch plastische Exsudation abzukapseln, indem man einer diffusen Entzündung vorbeugt.

Leider wird bei den Verletzungen des Beckens, welche in dieser Beziehung mit denen des Schädels manche Aehnlichkeit haben, wo auch die Nähe der grossen Sinus durae matris, ceteris paribus die Gefahr der Verletzung bestimmt, die Antiphlogose fast ganz vernachlässigt. Es ist in der That wunderbar, wie lange Zeit mitunter dazu gehört, um der Analogie nach das an einem Organe nützlich Befundene auf ein anderes zu übertragen. Bei den Schädelverletzungen ist man nun schon so weit gekommen, dass man den grössten Werth auf die Antiphlogose legt und nicht

alles von der frühzeitigen Extraction der Knochenfragmente erwartet.

Bei den Beckenschüssen, wo die mechanischen Eingriffe unendlich schwieriger sind als am Schädel, hat man eigentlich nur an diese gedacht und Dr. Schwartz scheut sich auch hier nicht, die Aderlässen ganz zu proscribiren, obgleich er sie allem Anschein nach nie versucht hat, wie man aus den von ihm erzählten, grösstentheils tödtlich abgelaufenen Krankengeschichten ersieht, welche ausserdem hinreichend nachweisen, wie nachtheilig frühzeitig unternommene Dilatationen und unzeitige Extractionsversuche gewesen sind. Nach meiner Erfahrung dürfen solche Versuche erst dann gemacht werden, wenn das Leben des Kranken ausser aller Gefahr ist. Nekrotische Knochenstücke extrahire man erst dann, wenn sie sich vollständig gelöst haben und hüte sich wohl durch ungeduldiges Zerren an denselben, Einlegen von Wieken, Spaltungen, die Entzündung wieder anzufachen, die durch solche Eingriffe leicht zu einem tödtlichen Ausgange führen kann.

Ich besitze das Kreuzbein eines bei Fridericia verwundeten Infanteristen, bei dem eine Kugel im zweiten Kreuzbeinwirbel steckend bis auf eine kleine Fistel eingeheilt war. Nach acht Monaten wurde der Patient nach einer durchtanzten Nacht von einer acuten Ostitis des ganzen Kreuzbeins ergriffen, in deren Folge er an Pyämie starb. Dieser Fall möchte hinreichend sein zu beweisen, wie vorsichtig man mit solchen Patienten umzugehen hat, und wie selbst in späten Zeiten durch Erneuerung der Entzündung der Tod durch Pyämie herbeigeführt werden kann.

Die besondern Regeln für die Behandlung von Beckenverletzungen sind daher:

1) Operative Eingriffe zur Extraction der Kugel dürfen nur vor dem Eintritt der Reaction vorgenommen werden. Wurde dieser Zeitpunct versäumt, so müssen sie verschoben werden bis alle Lebensgefahr vorüber ist, bis der Patient nicht mehr fiebert, Appetit und Kräfte zugenommen haben und die Wunden eine Tendenz zur Heilung zeigen.

2) Da bei den Verletzungen des Beckens die Einschnitte niemals den Nutzen eines Debridements haben können wie etwa am Kopfe oder den Extremitäten, so muss man den Kranken damit verschonen und die Eröffnung der sich bildenden Eiteransammlungen entweder der Natur überlassen, oder erst dann vornehmen, wenn sie dem Aufbruche nahe sind. Man wird dann mitunter das Vergnügen haben, gleichzeitig die Extraction der fremden Körper machen zu können.

3) Beckenverletzungen müssen für eben so gefährlich gehalten werden als Kopfverletzungen, müssen eben so sorgfältig vor dem Einflusse der Pyämie bewahrt werden als diese.

Verletzungen des Beckens und der von ihm eingeschlossenen Eingeweide.

Bei Verletzungen der im grossen Becken liegenden Eingeweide, der Därme und grossen Gefässe, kommt eine gleichzeitige Schussfractur des Darmbeins nicht sehr wesentlich in Betracht, da die Wunde auch ohne diese Complication in der Regel schnell tödtlich ist.

Es sind also nur diejenigen Verletzungen der Eingeweide, welche auch für sich nicht immer tödtlich werden, die in Verbindung mit einer Schussfractur einer besondern Berücksichtigung bedürfen. Dies sind die Verletzungen des Blinddarms und Dickdarms, welche von einer das Darmbein durchdringenden Kugel hervorgebracht werden können.

Ein glücklich verlaufender Fall dieser Art ist im Jahre 1849 vorgekommen bei einem in der Schlacht bei Fridericia verwundeten Jäger, wo die Kugel zwei Zoll unter der Crista ossis ilei dextri unter der Mitte dieses Knochens eingedrungen war, und wo in der ersten Zeit nach der Verwundung Austritt von Koth Statt gefunden hatte. Drei Wochen nach der Verwundung, wo der Kothausfluss bereits aufgehört hatte, wurde nebst den Knochensplittern die zerschnittene Kugel extrahirt. Eine das Coecum umgebende runde Geschwulst entleerte längere Zeit hindurch Eiter aus der Eingangswunde beim Drücken und verlor sich allmählich. Ohne Zweifel war in diesem Falle das Coecum an seiner nicht vom Bauchfell überzogenen Seite geöffnet worden, und es erklären sich dadurch die während des ganzen Verlaufs bestehenden gelinden Zufälle. Wäre in diesem Falle die Extraction der Splitter und Kugel in der Periode der Reaction vorgenommen worden, so würde sich die Eiterung schwerlich auf den Zellstoff des Blinddarms beschränkt haben, und der Verwundete wäre wahrscheinlich nicht mit dem Leben davongekommen.

Ein ziemlich ähnlicher Fall, wo die in das Os ileum eingedrungene Kugel das Colon descendens an seiner

mit dem Bauchfelle überzogenen Fläche geöffnet hatte, verlief am neunten Tage tödtlich. Bei der Section zeigte es sich, dass die Darmverletzung schon vollständig abgekapselt war und nur mit der Wunde, aber nicht mehr mit dem Bauchfelle communicirte. Der erste Eindruck des Kothaustritts in die Bauchhöhle war hier sehr heftig gewesen. Am Tage nach der Verwundung war der Patient schon tief icterisch und hatte heftige Peritonitis, welche durch drei Aderlässen, vierzig Blutegel, innerlich Eis und Morphium nicht ohne einigen Erfolg bekämpft wurde. Leider wurden in diesem Falle Cataplasmen auf den Bauch gelegt; mit Eisumschlägen wäre der Patient vielleicht davongekommen. Er war, wie die Section nachwies, an dem Fortschreiten der Peritonitis gestorben.

Bei penetrirenden Schüssen des kleinen Beckens dringt die Kugel am häufigsten durch die Incisura ischiadica major ein, oder durch das Os sacrum. Die übrigen Puncte des kleinen Beckens lenken entweder die Kugel leichter ab, oder sind besser geschützt. Die Organe, welche hier in Betracht kommen, sind, abgesehen von den Blutgefässen und Nerven, Blase und Mastdarm, welche gleichzeitig oder einzeln verletzt sein können. Für die Diagnose des Schusscanals sind die im Gebiete der getroffenen Nerven entstehenden Schmerzen von Wichtigkeit. Verletzungen der Blase erkennt man an der Harnverhaltung, dem Abgange von blutigem Harn, Ausfliessen von Harn aus dem Schusscanal. Wurde die Blase an einer vom Peritonaeo bedeckten Stelle geöffnet, so erfolgen die Erscheinungen einer Ergiessung von Harn in die Bauchhöhle.

Ob diese Verletzungen der Blase an ihrer vom Peritonaeo überzogenen Partie immer tödtlich verlaufen müssen, ist nicht ausgemacht. Es sind verschiedene Fälle bekannt, in welchen die Kugel oberhalb der Schaambeine eindringend, in die Blase gelangt war, wo anfangs heftige Zufälle da waren, und später mit Erfolg durch den Steinschnitt die Kugel extrahirt wurde.

In meiner Jugend habe ich oft den königlich-hannoverschen Pensionair gesehen, bei welchem Guthrie nach der Schlacht von Waterloo wegen einer auf diese Weise in die Blase gelangten Kugel den Seitensteinschnitt gemacht hat. Dr. Beck erzählt pag. 227 seines Werkes einen Fall, wo die Kugel drei Finger breit über dem horizontalen Schaambeinast eingedrungen und durch die Incisura ischiadica major ausgetreten war. Das Abfliessen von Urin aus der Ausgangsöffnung bewies die Verletzung der Harnblase. Dieser Fall verlief glücklich, ohne dass ein Katheter eingelegt worden wäre.

In diesen und vielen ähnlichen Fällen ist es allerdings wahrscheinlicher, dass die Blase an einer nicht vom Peritonaeo überzogenen Stelle geöffnet worden sei. Indess mit Bestimmtheit kann man dies nicht behaupten, da der Fall glücklich verlief.

Auch nach dem hohen Steinschnitte verläuft der Fall nicht immer tödtlich, wenn das Peritonaeum durch Unvorsichtigkeit geöffnet worden ist, wie dies wahrheitsliebende Chirurgen angeben, z. B. Professor Günther in Leipzig. Dr. Beck hatte gewiss sehr recht, wenn er in die Eingangsöffnung nicht mit dem Finger eindrang, um sich davon zu überzeugen, ob die Bauchhöhle geöffnet sei. Wäre dieses der Fall gewesen, so

hätte der Finger durch Zerstörung von Verklebungen dem ganzen Falle eine unglückliche Wendung geben können.

Ich habe nur zwei Fälle erlebt, in welchen die Blase verletzt war, von denen der eine tödtlich verlief und der andere geheilt wurde, in beiden Fällen war die Kugel durch die Incisura ischiadica major eingedrungen. In dem einen Falle, welcher nicht tödtlich verlief, blieb eine Harnfistel zurück, welche sich mitunter schloss und eine bedeutende Contractur der ganzen unteren Extremität im Hüft- und Kniegelenke. Die Kugel konnte niemals, weder durch die Fistel, noch mit der Steinsonde entdeckt werden. Der Arzt, welcher diesen Mann, vier Jahre nachher, mit unglücklichem Erfolge amputirte, ist uns den Sectionsbefund noch schuldig.

In dem tödtlich verlaufenen Falle war der am 6. April 1849 Verwundete am 7ten nach Flensburg gebracht worden und hatte seit seiner Verwundung kein Wasser gelassen, litt an gelinden Leibschmerzen, Aufstossen, Brechneigung, galligem Erbrechen, leichter Auftreibung des Unterleibes und einer auffallenden objectiven Kälte der Extremitäten. Der behandelnde Arzt versuchte die Einführung eines elastischen Katheters, da diese ihm aber nicht gelang, so wurde ich gerufen und führte einen silbernen Katheter ein, welcher ohne Schwierigkeit eindrang, aber in demselben Augenblicke, wo ich, bis zum Blasenhals vorgedrungen, den Handgriff senkte, fühlte ich das Anstossen der Spitze gegen die Kugel. Es floss zuerst etwas blutiger, dann klarer Harn ab, und von diesem Augenblicke an liess der Kranke bis zu seinem Tode einen natürlich gefärbten

Harn ohne Beschwerden. Die Leibschmerzen verminderten sich, aber die Neigung zum Erbrechen blieb zurück und ein geringes Exsudat liess sich durch Percussion des etwas aufgetriebenen Unterleibes nachweisen; der Leib war aber nur bei tiefem Drucke über dem linken Ramus horizontalis empfindlich. Der Patient hatte durchaus keine Erscheinung von tiefem Allgemeinleiden und Prostration, wie es bei ausgedehnter Peritonitis vorzukommen pflegt, sondern war heiter und bewegte sich kraftvoll, behielt aber die vom Anfang an bestehende, auffallende Kühle der Extremitäten, bei kleinem, nicht sehr beschleunigtem Pulse. Am siebenten Tage bekam der Kranke, bei verändertem Aussehen der Wunde, plötzlich um 11 Uhr Morgens einen Schüttelfrost, collabirte sehr rasch und starb am Morgen des achten Tages. Die Einlegung eines Katheters hatte leider nicht Statt gefunden, weil der Kranke stets mit grosser Leichtigkeit urinirte, und der behandelnde Arzt angenommen hatte, dass die Verletzung sich auf die Pars prostatica vesicae beschränke. Bei der Section zeigte es sich, dass die Spitzkugel ohne Knochenverletzung durch die Incisura ischiadica major in die Bauchhöhle gedrungen war und mit ihrer Spitze dort, an ihrem tiefsten Puncte, die Blase geöffnet hatte, in welche der breitere Theil der Kugel indess nicht eingedrungen war. Ihre Spitze steckte noch in der Blasenwunde. Die Kugel war also durch den Katheter nur so weit zurückgeschoben worden, dass der Harn abfliessen konnte. Ein mit Blutcoagulum gemischtes bedeutendes flüssiges Exsudat befand sich in der Bauchhöhle, welche nur wenige Spuren von Verklebungen

durch plastisches Exsudat zeigte. Möglicher Weise hätte in diesem Falle das frühzeitige Einlegen und Liegenlassen eines dicken elastischen oder zinnernen Katheters den Patienten retten können, obgleich die Wahrscheinlichkeit dafür nicht sehr gross ist, da ja auch bei dem Seitensteinschnitte die Verletzung des Bauchfells wohl immer tödtlich ist. Der obere Theil der Blase, welcher nicht fortwährend mit Harn angefüllt ist, giebt in dieser Beziehung eine bessere Prognose.

In dem erzählten Falle fehlten die Erscheinungen einer heftigen durch Austritt des Harns in die Bauchhöhle entstandenen Peritonitis, aber die Fortdauer des von Zeit zu Zeit auftretenden Erbrechens und die kühlen Extremitäten hätten darauf hinleiten können, zu vermuthen, dass Urin in ganz kleiner Quantität fortwährend in die Bauchhöhle eindringe. Das Einlegen des Katheters wäre wohl das einzige Mittel gewesen, dem abzuhelfen. Der Seitensteinschnitt, von dem gleich anfangs die Rede war, hätte in so fern gewiss ein unbefriedigendes Resultat gegeben, weil man der Kugel nicht habhaft geworden wäre, da sie bei Einführung der Zange in den Schusscanal ausweichen konnte. Auch dem Hineinsickern von Harn in die Bauchhöhle hätte derselbe gewiss nicht abgeholfen, da bekanntlich nach dem Seitensteinschnitte der Harn nicht fortwährend, sondern stossweise, von Zeit zu Zeit abgeht. Dieser Fall möchte zum Beweise dienen, dass bei kleineren Communicationen zwischen Blase und Bauchfell die peritonitischen Erscheinungen keineswegs sehr heftig zu sein brauchen.

Verletzungen ähnlicher Art, wo jedoch vermuthlich das Peritonaeum nicht geöffnet war, haben schon oft

einen glücklichen Verlauf genommen, während der Harn eine Zeitlang durch den Schusscanal abzog. Dies ist insofern für den Kranken das Vortheilhafteste, weil dabei nicht die Nothwendigkeit vorhanden ist, einen Katheter fortwährend in der Blase liegen zu lassen, dessen Gegenwart schon von einer gesunden Blase nicht immer lange vertragen wird, sondern Blasenkatarrh und intermittirende Fieberanfälle veranlasst. Zinnkatheter werden nach meiner Erfahrung noch am besten vertragen und reizen weniger als elastische oder silberne. Die Zinnkatheter haben ausserdem den Vortheil, dass man ihr äusseres Ende krümmen kann, so dass sie den Harn bequem in ein untergestelltes Gefäss ableiten. Man befestigt sie am besten an den Schaamhaaren, von denen man an beiden Seiten eine Partie mit einem Heftpflasterstreifen umwickelt und Fäden hindurchzieht, welche an die Ringe des Katheters gebunden werden. Diese Befestigungsweise ist der am Penis selbst vorzuziehen.

Offene Verletzungen der Harnröhre in Schusswunden heilen, wie ich dies verschiedene Male gesehen habe, mit Leichtigkeit, ohne Hinterlassung von Fisteln, und zwar ohne dass man einen Katheter liegen lässt. Subcutane Rupturen der membranösen Harnröhre durch eine dieselbe schräg streifende Kugel, wie sie im gewöhnlichen Leben nicht selten nach einem Falle auf das Perinaeum entstehen, sind mir nicht vorgekommen, aber man sollte daran denken, dass sie möglich sind, besonders wenn die Kugel vorher an einem Knochen ihre Form verändert hat.

Bekanntlich besteht die Hauptgefahr dieser subcutanen Rupturen der Pars membranacea in den Ergiessun-

gen des Harns in den Zellstoff des Perinaei und des Hodensacks, wodurch dieser schnell brandig wird und den Tod herbeiführt, wenn nicht ein beherzter Wundarzt zu Hülfe kommt und auf einer gerinnten Steinsonde einen Einschnitt im Perinaeo an der gerissenen Stelle macht, damit der ergossene Harn abziehen kann und dann entweder sogleich, oder nach Abnahme der Geschwulst sich mit einem Zinnkatheter einen Weg in die Blase bahnt. Das blosse Einführen des Katheters gelingt meistens nicht und macht auch den Einschnitt im Perinaeo nicht überflüssig, weil der bereits ergossene Harn freien Abzug haben muss. Es ist sogar bei grossen Harnergüssen nothwendig, das Scrotum an beiden Seiten einige Zoll lang zu spalten, wenn man das Brandigwerden verhüten will.

Ich habe verschiedene Fälle gesehen, wo die Kugel die Pars membranacea contundirt hatte und dicht daneben liegend ausgeschnitten wurde, ohne dieselbe zu zerreissen, und wo eine antiphlogistisch krampfstillende Behandlung die Harnbeschwerden beseitigte.

Der folgende ausserordentliche Fall verdient der Vergessenheit entrissen zu werden. Als ich drei Tage nach der Schlacht bei Fridericia nach Hadersleben kam, wurde ich gegen Mitternacht noch zu einem Verwundeten geholt, der in Folge einer Verletzung am Penis an Harnverhaltung litt. Die Kugel war auf der Eichel an der linken Seite eingedrungen, ihr weiterer Verlauf war nicht ermittelt worden. Nach seiner am sechsten Juli erfolgten Verwundung hatte er die ersten 48 Stunden gar kein Wasser gelassen, dann war von Zeit zu Zeit etwas Harn aus der Schusswunde am Penis abge-

tröpfelt. Als ich ihn sah, war der S-förmig gekrümmte Penis infiltrirt und blau, wie das zur Grösse eines Kindskopfes ausgedehnte Scrotum. Die Blase war bis über den Nabel ausgedehnt. Wiederholte Versuche, den Katheter einzuführen, waren fruchtlos gewesen. In diesem Falle lag die doppelte Indication vor, nicht bloss die Blase zu entleeren, sondern auch dem infiltrirten Harne einen Abzug zu verschaffen. Anstatt deshalb, was das Leichteste gewesen wäre, den Blasenstich zu machen, das Scrotum zu scarificiren, beschloss ich, die Blase vom Perinaeo aus zu öffnen, wobei möglicher Weise auch die Kugel gefunden werden konnte. Ich liess den Patienten in die Lage wie zum Seitensteinschnitt bringen und machte in der Raphe einen grossen Einschnitt auf einer Steinsonde, die bis unter die Symphyse zu bringen war. Von dieser Wunde im Perinaeo aus konnte ich sogleich die Kugel fühlen, welche an der hintern Partie des Tuber ischii lag, wo ich sie später durch eine besondere kleine Incision extrahirte, zuvor aber machte ich der Harnverhaltung ein Ende, indem ich, geleitet von dem in den Mastdarm eingeführten Zeigefinger, gerade in der Mittellinie ein Scalpell bis in die Blase stiess, dessen Rücken gegen den Mastdarm gekehrt war. Beim Herausziehen des Scalpells erweiterte ich den Schnitt, so dass ich bequem mit dem Finger in die Blase eingehen konnte, der Harn floss aber doch erst ab, nachdem eine Röhre eingeführt worden war, so sehr hatte die Blase ihre Contractionskraft eingebüsst. Nach Entleerung der Blase konnte man deutlich wahrnehmen, dass auch die Ureteren stark ausgedehnt waren, sie mussten durch Druck auf den

Bauch entleert werden. Auf diese Weise wurde ein halber Eimer voll Urin abgelassen. Ein weiblicher Katheter wurde eingeführt und befestigt. Der Verwundete war nach dieser Operation wie neugeboren und befand sich in den nächsten sechs Tagen vortrefflich, bekam dann aber plötzlich am zehnten Tage nach der Verwundung einen heftigen Schüttelfrost, der anfangs als Folge von Uraemie betrachtet wurde. Der Katheter wurde entfernt, musste aber bald wieder applicirt werden, weil der Harn nicht gehörig abfloss. Leider jedoch war dieser Schüttelfrost Folge von Pyämie, an welcher der Kranke am 15. Tage nach der Verwundung starb.

In den Lungen waren pyämische Abscesse; die Untersuchung der Wunde ergab den merkwürdigen Befund, dass die Kugel die ganze Harnröhre einen Zoll hinter ihrer Mündung bis an die Pars membranacea abgetrennt und mit sich fortgerissen hatte, so dass dieselbe mit ihrer Mündung nach hinten gerichtet in der Nähe des Tuber ischii lag. Zugleich war der Blasenhals dadurch etwas nach links und hinten verzogen worden, so dass der, genau in der Mittellinie geführte Einschnitt, die Blase nach rechts und von vorn der innern Einmündung der Harnröhre getroffen hatte, während diese von dem Schnitte nur eben berührt war. Hätte ich diese Wunde im frischen Zustande untersuchen können, so würde ich vielleicht bei dem Versuche einen Katheter einzuführen, das Fehlen der Harnröhre am Penis unter der Haut haben entdecken können, und hätte alsdann vielleicht den ganzen Schusscanal durch einen von der Fossa navicularis anfangenden Einschnitt gespalten haben und hätte neben der Kugel die aufgerollte Harnröhre finden

und hervorziehen können. Wenn dann auch ein grosser Theil der abgetrennt gewesenen Harnröhre brandig geworden wäre, so hätte der Patient durch den Rest des Canals uriniren können, wenn er am Leben geblieben wäre. Die Verhältnisse, unter denen ich den Patienten antraf, besonders die starke Infiltration, machten eine genauere Diagnose unmöglich, vor allen Dingen musste der Lebensgefahr abgeholfen werden.

Fälle dieser Art mögen wohl ausserordentlich selten sein, indess kommen im gewöhnlichen Leben häufig genug subcutane Zerreissungen der Harnröhre vor, bei denen unvorsichtige Versuche den Katheter einzuführen den hintern Theil der abgerissenen Harnröhre umzustülpen im Stande sein mögen, wodurch der Zustand nur verschlimmert wird, während ein Einschnitt auf der Steinsonde im Perinaeo, welchen man auf der Stelle vornimmt, sobald man sich durch vorsichtiges Sondiren überzeugt hat, dass die Harnröhre zerrissen sei, die Lage der zerrissenen Harnröhre nicht verschlimmert. Erfahrungsgemäss gelingt auch die Heilung in solchen Fällen immer am besten, wenn man vorher keine langen Versuche mit dem Katheter angestellt hat. Der Missbrauch, den man in unserer Zeit mit dem Einschneiden von Stricturen im Perinaeo treibt, wird vielleicht das Gute haben, dass die Wundärzte im Allgemeinen mit dieser Operation bekannter werden und sie dann weniger scheuen, wenn sie dringend indicirt ist. Bei den subcutanen Rupturen der Harnröhre ist dem Patienten noch gar nicht geholfen, wenn es auch zufällig gelingen sollte, einen Katheter einzuführen; die Harnfiltration erfordert doch einen Einschnitt.

Verletzungen des Testikels durch Kugeln haben nicht selten langwierige Eiterungen, fungöse Auswüchse und Fisteln zur Folge, die man mit Geduld und warmen Umschlägen zur Heilung bringen kann, deren jedoch der Patient so überdrüssig zu werden pflegt, dass er sich mit Vergnügen der Castration unterwirft.

Eine Verletzung des Samenstrangs war merkwürdig durch den endlichen Austritt der Kugel aus dem Becken. Ein Officier erhielt am 23. April 1849 bei Kolding eine Kugel, welche dicht unter der Mitte des linken Leistencanals eingedrungen war. Der Samenstrang war frei, da die untere Wand des Leistencanals zerstört war. Der Schusscanal führte hinter den linken Ramus horizontalis, die Kugel konnte aber nicht entdeckt werden. Stücke der Kleidung und Knochensplitter gingen ab, die Scheidenhaut abscedirte und hinterliess Fisteln, welche erst im September beim Gebrauche warmer Seebäder heilten. Es schien eine Zeitlang, als ob die Kugel in der Nähe der Vena cruralis einen Abscess bilden wolle, es wurde dort auch einmal incidirt, aber keine Kugel gefunden; erst nach Jahresfrist zeigte sich dieselbe an der hinteren Seite des Oberschenkels in der Nähe der ischiadischen Nerven, wo sie indess keine Beschwerden machte, so dass der Patient sie zum Andenken sitzen lassen wollte. Aus welcher Beckenapertur sie ihren Ausweg genommen hat, liess sich nicht ermitteln.

Folgende Krankengeschichte möchte auch zu den chirurgischen Raritäten gehören:

Ein Kanonier wurde am 25. Mai 1849, während er sich im Stalle wusch, durch die Hose hindurch von einem Pferde so am Penis gebissen, dass die den Penis

bedeckende Haut von der Wurzel an in der ganzen Circumferenz so abgerissen war, dass dieselbe nur noch wenig mit dem Praeputio zusammenhing. Der zuerst hinzugerufene Arzt nähete sie verkehrt wieder an, so dass der Hospitalarzt die Nath trennte und nochmals nähete. Der ganze Lappen starb ab; als ich den Patienten sah, waren schon vier Wochen verflossen und die Heilung hatte noch wenig Fortschritte gemacht. Da die Eichel vollständig von dem innern Blatte der Vorhaut bedeckt war, so kam ich auf die Idee, dieses zur Bedeckung des Penis zu verwenden und spaltete dasselbe auf dem Rücken der Eichel. Dieses einfache Verfahren hatte den glücklichsten Erfolg, schon am Tage nach der Spaltung hatte sich die wunde Fläche durch spontane Contraction und Umstülpung des innern Blattes um die Hälfte verkleinert, und die Heilung erfolgte sehr bald ohne nachbleibende Deformität, mit Ausnahme des Verlustes der Vorhaut.

Die Verletzungen des Mastdarms kommen gewöhnlich vor bei Schüssen in den untern Theil des heiligen Beins und haben an sich keine grosse Gefahr. Ihre Heilung erfolgt freilich langsam und unter mancherlei Beschwerden, welche durch die Schwierigkeit der Defaecation, Harnverhaltung, durch das Ausfliessen von Koth aus der Wunde und den Abgang von Knochensplittern hervorgebracht werden. Stricturen des Mastdarms können danach zurückbleiben.

In den ersten Tagen darf man den Stuhlgang nicht befördern, sondern muss Opium geben, Diät halten lassen und Blutentziehungen machen, damit keine weit verbreitete Ostitis entstehe; später kann man Eccopotica

anwenden. Es muss darauf geachtet werden, ob die Kugel nicht mit dem Stuhlgange abgeht. Durch fleissig erneuerte Umschläge mit feuchten, anfangs kalten und später warmen Compressen, sorgt man für die nöthige Reinlichkeit.

Viel schlimmer sind natürlich diejenigen Fälle, wo ausser dem Mastdarme auch die Blase verletzt ist, indess scheinen sie doch nicht ganz hoffnungslos zu sein. Es fliesst dabei Koth und Urin gemischt ab, entweder bloss aus der Wunde und dem Mastdarme, oder auch aus der Harnröhre. Es hängt dabei von dem Erfolge ab, ob man einen Katheter liegen lassen kann oder nicht. Erfahrungsgemäss heilen solche Wunden auch ohne inneliegenden Katheter und bilden nicht so leicht Cloaken, wie der Mastdarmblasenschnitt.

Verletzungen des Rückens und der Wirbelsäule.

Schüsse durch die Weichtheile des Rückens bieten oft sehr lange Canäle dar, bei denen es mitunter zweifelhaft bleibt, ob nicht zugleich Knochenverletzungen Statt finden. Es können die Schulterblätter, die Rippen oder die Wirbelsäule contundirt oder zerbrochen sein, ohne dass man dies immer mit Bestimmtheit anzugeben vermöchte, so dass man manchmal erst durch das Abgehen kleiner Knochenstückchen aus der Ausgangsöffnung, auf die man deshalb genau zu achten hat, in der Diagnose bestärkt wird. Bei langen Schusscanälen, welche die Rippen streiften, muss man den Zustand der Respirationsorgane im Auge behalten, um durch Ent-

deckung eines pleuritischen Exsudats an die Wahrscheinlichkeit eines Rippenbruchs erinnert zu werden.

Die blossen Verletzungen der Weichgebilde des Rückens bieten nichts besonderes dar, als dass sie etwas langsamer heilen wie Wunden an andern Stellen des Körpers, die weniger dem Drucke ausgesetzt sind. Sie haben nicht einmal besondere Neigung Eitersenkungen zu bilden, diese kommt mehr den mit Knochenverletzung verbundenen Wunden des Rückens zu. Bei längern Schusscanälen ereignet es sich aber sehr häufig, dass sie zuheilen und erst nach Monaten in ihrer Mitte wieder anschwellen und eine fluctuirende Geschwulst bilden, welche man öffnen muss, weil die dicke Rückenhaut zu langsam von dem gewöhnlich serösen Inhalte durchbrochen wird, der durch die Gegenwart eines fremden Körpers erzeugt wurde.

Bei den mit Knochenverletzung verbundenen Rückenschüssen ist die Neigung zu ausgebreiteten Eitersenkungen vorhanden. Diese betreffen vorzüglich den lockern Zellstoff unter dem Latissimus dorsi. Diese Eitersenkungen bilden sich mitunter mit ganz unerwarteter Rapidität und bedingen eine nicht geringe Gefahr, in so fern sie das Allgemeinbefinden sehr alteriren und hektisches Fieber unterhalten.

Bei diesen Eitersenkungen begehen die meisten Chirurgen den Fehler, dass sie denselben durch mehrere kleine Einschnitte, oder gar Einstiche, abzuhelfen suchen, welche mit der Wirbelsäule parallel laufen. Diese bewirken aber keinen freien Abzug; es ist deshalb durchaus nothwendig, einen mehrere Zoll langen Querschnitt, der im rechten Winkel auf die Längsaxe der Wirbel-

säule fallen würde, zu machen. Dieser braucht keineswegs am tiefsten Puncte der Senkung gemacht zu werden, weil es nur darauf ankommt, weiteren Senkungen von den verletzten, höher gelegenen Puncten vorzubeugen. Ein solcher Querschnitt, der die Muskelfasern des Latissimus dorsi keineswegs in der Querrichtung durchschneidet, wirkt manchmal augenblicklich entscheidend auf das Befinden des Patienten, nachdem andere lange Incisionen nichts gefruchtet hatten.

Die Verletzungen der Rückenwirbel durch Streifschüsse sind in den meisten Fällen nur oberflächlich, da dieselben durch die Rippen, an denen Kugeln ihre Kraft brechen oder abspringen, einen bedeutenden Schutz finden. An den Rückenwirbeln sind es daher vorzüglich die Dornfortsätze, welche von der Kugel gestreift werden. An den Lendenwirbeln und Halswirbeln kommen schon leichter eindringende, die übrigen Fortsätze, so wie die Bögen und den Körper betreffende Verletzungen vor. Dringt die Kugel in den Rückenmarkscanal ein, so bringt sie durch Quetschung der Medulla und durch Blutergüsse eine augenblickliche Lähmung des unteren Theils des Körpers hervor. Diese Art Verletzungen tödten viel schneller, als die im gewöhnlichen Leben vorkommenden Zerreissungen der Medulla durch Fractur der Wirbelsäule, bei denen der Tod oft erst nach Monaten erfolgt, und das Leben sogar bei fortdauernder Paralyse erhalten werden kann, wie ich mehrmals gesehen habe. Keiner der von mir beobachteten Verletzten, welcher gleich nach der Verwundung Paralyse der unteren Extremitäten hatte, überlebte den vierzehnten Tag. Die meisten starben schon früher

an Nebenverletzungen oder an den Fortschritten der Entzündung, welche bei den subcutanen Zertrümmerungen der Medulla offenbar mit besserem Erfolge bekämpft wird, so dass die Patienten gewöhnlich Zeit haben, an brandigem Decubitus oder Urämie zu sterben.

Ebenso gefährlich sind die Schüsse, bei denen die Kugel, selbst mit geringer Verletzung eines oder zweier Bögen, theilweise in den Canal der Medulla eingedrungen ist und nicht sofort Lähmungen herbeigeführt hat, oder wo die Kugel einen Bogen eingedrückt hat und ausserhalb des Canals liegen geblieben ist. Bei diesen ist der Verlauf verschieden, gewöhnlich bekommen sie eine acute Rückenmarksentzündung mit ausserordentlich heftigen Schmerzen an der verletzten Stelle und Erscheinungen, welche kaum von Opisthotonus zu unterscheiden sein würden, wenn nicht gewöhnlich der Trismus und die Krämpfe in den Extremitäten fehlten, und die Anfälle von Opisthotonus von kürzerer Dauer wären, wenn sie gleich nur für kurze Zeit unterbrochen werden. Die Extraction der Kugel, wie ich sie im Jahre 1849 in einem Falle ausgeführt habe, wo dieselbe zwischen den Bögen des zweiten und dritten Lendenwirbels eingekeilt sass, hat auf die Erscheinungen keinen weiteren Einfluss. Weniger bedenklich sind die Erscheinungen, wenn die Entzündung des Rückenmarks nach solchen Verletzungen einen mehr chronischen Charakter hat. Die Schmerzen sind dann weniger heftig, treten mitunter erst ein, nachdem die äussere Wunde sich bereits geschlossen hat, und die höhere Gefahr des Zustandes, so wie die Anwesenheit der Rückenmarksentzündung ergiebt sich aus dem Auftreten von Lähmung

in den unter der Verletzung gelegenen Theilen, welche jedoch bei Ausbreitung der Myelitis nach oben von Tag zu Tage an Terrain gewinnen kann.

Da man bei der acuten Form der Rückenmarksentzündung meistens die Lähmung vermisst, während sie bei der chronischen die Regel bildet, so ist man wohl berechtigt, die acute Form mehr als Menyngitis spinalis, die chronische dagegen als eigentliche Myelitis anzusprechen.

Die grossen Gefahren, welche mit den Läsionen des Medullarcanals verbunden sind, müssen uns natürlich veranlassen, alle diejenigen Schusswunden mit grosser Sorgfalt zu behandeln, bei denen möglicher Weise nach der Richtung des Schusscanals die Wirbelsäule verletzt sein könnte. So wünschenswerth auch die Extraction der Kugel und anderer fremden Körper ist, so darf dieselbe doch niemals durch sehr verletzende Proceduren geschehen; festsitzende Kugeln muss man deshalb sitzen lassen. Ihre Entfernung kann die bestehende Verletzung nur verschlimmern, deren Hauptgefahr in der nachfolgenden Entzündung besteht. Müssen diese Grundsätze schon für den Schädel gelten, so finden sie um so mehr Anwendung bei der Wirbelsäule, deren Canal von der Medulla nur theilweise ausgefüllt wird. Man muss sich dabei der Hoffnung hingeben, dass die Kugel, wie dies öfter schon vorgekommen ist, einheile oder locker werde und später ohne gewaltsame Eingriffe ausgezogen werden könne.

Wie bei den Schädelfracturen ist auch gewiss bei denen der Wirbelsäule die antiphlogistische Behandlung bei weitem das Wichtigste, obgleich sie auch hier leider

meistens verabsäumt wurde. Ist dann erst eine acute Menyngitis spinalis eingetreten, so helfen die Blutentziehungen nicht viel mehr; bei der chronischen Form dagegen kann die mehr locale Antiphlogose durch Schröpfen und Blutegel die entstehende Lähmung wieder beseitigen. Diese chronische Myelitis bei Verletzungen ist sehr geeignet, Recidive zu machen und erfordert deshalb mitunter die Application von Fontanellen. Vor Strychnin und anderen Reizmitteln sollte man sich sorgfältig hüten.

Verletzungen der Extremitäten im Allgemeinen.

Nachdem in der ersten Abtheilung dieses Buches bereits vieles auf die Extremitäten sich Beziehende vorgekommen ist, nachdem ich selbst bereits im Jahre 1850 eine kleine Abhandlung über Schussfracturen herausgegeben habe, welche sich in vielen Händen befindet, glaube ich mich um so kürzer fassen zu können, da mein Schwiegersohn, Dr. Esmarch, in seinem Werke über Resectionen nach Schusswunden mit vieler Präcision und Umsicht dasjenige geschildert hat, was unser Verfahren bei Verletzungen der Extremitäten charakterisirte.

Mein Vorgänger, als Generalstabsarzt der schleswig-holsteinschen Armee im Jahre 1848, der jetzige Geheimerath Professor Dr. B. Langenbeck in Berlin, und ich gingen von demselben Grundsatze aus, keine unvermeidliche Amputation zu unterlassen und keine vermeidliche vorzunehmen. Nach meiner Meinung erlaubt unsere Pflicht als Arzt uns keinen anderen Weg. Unsere

erste Pflicht ist das Leben zu erhalten, und die zweite mit dem Leben auch das Glied. Nach meinen Begriffen ist dies die einzig wahre, wirklich conservative Chirurgie. Wollte man unter einem conservativen Chirurgen nur denjenigen verstehen, der die Amputation im Princip verabscheuet und Verletzungen aller Art ohne dieselbe zu behandeln trachtet, wie z. B. Bilguer, so müsste ich mir diesen Titel ganz gehorsamst verbitten und brauche in der Beziehung nur auf die von mir nicht bloss aufgestellten, sondern auch getreulich befolgten Indicationen zu verweisen.

Langenbeck und ich waren nur darüber einig, dass das Gebiet der erhaltenden Chirurgie weiter ausgedehnt werden müsse, und dass ihre absoluten Grenzen nur da zu suchen seien, wo die Lebensfähigkeit eines verletzten Gliedes durch die Verletzung selbst bereits aufgehoben ist. Alle anderen Verletzungen gestatten die Hoffnung, dass es den Fortschritten der Kunst gelingen werde, das bedrohte, aber nicht vom Anfang an vernichtete Leben einer Extremität zu erhalten, und Heilung, wenn auch mit verminderter Brauchbarkeit des Gliedes, herbeizuführen.

In unseren Mitteln, die Glieder zu erhalten, gingen Langenbeck und ich verschiedene Wege. Während seines achtjährigen Aufenthalts in Kiel hatte Langenbeck bei den Folgezuständen der, in den Herzogthümern ausserordentlich häufigen, acuten Knochenentzündung, rheumatischen Ursprungs, wie ich sie an keinem anderen Orte gefunden habe, vielfache Gelegenheit, grosse Stücke der Diaphysen zu extrahiren und den glücklichen Regenerationsprocess der Knochen zu beob-

achten. Dies führte ihn auf die Anwendung ausgedehnter Resectionen mit völliger Hinwegnahme der von der Kugel zerbrochenen Stücke der Diaphyse, so dass nach Vollendung der Resection zwei parallele Knochenschnitte einander gegenüberstanden. Es zeigte sich dabei jedoch, dass die Regeneration eines mit dem Periost entfernten Knochens nicht im gleichen Maasse erfolge wie bei Nekrosen, wobei das Periost grösstentheils erhalten bleibt, und dass ausserdem die bei der Operation nöthigen Eingriffe sehr verletzend wirken. Ich selbst ging bei der Behandlung von Schussfracturen der Extremitäten mehr von dem aus, was ich bei complicirten Fracturen beobachtet hatte. Nach meinen Erfahrungen sind dabei Resectionen allerdings zuweilen sehr nützlich, aber nur, wo ein Fragment die Weichtheile durchbohrt hat, sehr scharf ist und sich nicht mit Leichtigkeit reponiren lässt, wo die Reposition sich nicht gut unterhalten lässt, oder wo ein Gelenkkopf die weichen Theile durchbrochen hat.

In diesen Fällen habe ich den vorstehenden Knochen mit der Säge verkürzt und, wie die meisten Wundärzte, sehr gute Erfolge davon gesehen. Ich that dies aber nie ohne Noth und mit sparsamer Hand, nicht sowohl aus Furcht vor einer unvollkommenen Regeneration, als vielmehr deshalb, weil jeder Sägenschnitt eine nekrotische Fläche erzeugt, welche den Heilungsprocess verzögert. Von dieser Art sind denn auch die Resectionen gewesen, welche ich im Jahre 1849 in sehr geringer Zahl an der Diaphyse von Röhrenknochen gemacht habe; nur leicht und ohne bedeutende Dilatation erreichbare Spitzen wurden mit der Säge geebnet, ohne dass

ich mich je bemühte, den ganzen Umfang der verletzten Knochenstelle zu reseciren. Dies Verfahren, welches mehr demjenigen ähnlich ist, welches fast jeder Wundarzt bei den gewöhnlichen complicirten Fracturen einhält, brachte keine auffallenden Nachtheile, so dass ich mir noch nach der Schlacht von Fridericia einbildete, einem Verwundeten dadurch einen besonderen Dienst geleistet zu haben, der eine Schussfractur des Humerus hatte. Um Mitternacht hörte ich einen Wagen vor das Hospital fahren und stand wieder auf, dilatirte die Wunde, zog die sämmtlichen losen Knochensplitter heraus und ebnete die scharfen Spitzen des unteren Fragments, welches ich aus der Wunde hervordrängte. Gerade dieser Fall heilte aber langsamer, wie andere viel übelere Brüche, bei denen jedoch die Richtung des Schusscanals eine solche beschränkte Resection nicht gestattet hatte.

Nachdem bereits im Jahre 1849 die ausgedehnten Resectionen der Diaphyse unterblieben waren, wurden im Feldzuge von 1850 auch die beschränkten Resectionen der Diaphyse unterlassen, und die Extraction der Splitter auf die leicht erreichbaren, völlig losen beschränkt, nachdem es im vorhergehenden Feldzuge sich bereits herausgestellt hatte, dass eine sorgfältige und vollständige Ausziehung aller, selbst der noch anhängenden, Splitter nachtheilig wirkt. Ich bin dabei weit entfernt zu behaupten, dass die freie Erweiterung bei einer Schussfractur, die sorgfältige Extraction aller Splitter und die Ebnung der Fragmente nicht auch ihren rationellen Grund haben und mitunter zum gewünschten Ziele führen können, sie beruhet aber auf einer ganz

verschiedenen Auffassung von der Leitung des Heilungsprocesses. Sie entstand aus der Idee, an die Stelle eines engen Schusscanals eine offene Wunde zu setzen, aus der alle fremden Körper mit Leichtigkeit entfernt werden können und die Exsudate abziehen.

Bei dem entgegengesetzten Verfahren, wo man die Wunde nicht mehr beunruhigt, nachdem die ersten Stunden vorübergegangen sind, wobei man den Fall mit einem Worte mehr wie eine einfache Fractur behandelt, erwartet man, dass die verletzte, mit Knochentrümmern durchsetzte, Stelle sich abkapsele durch festere Exsudate, und dass es gelinge, einer diffusen Entzündung und Eiterbildung vorzubeugen, so dass die Hauptgefässe des Theils nicht in die Gefahr gerathen, betheiligt zu werden. Es ist deshalb eine ganz thörichte Frage, ob es besser sei, bei Schussfracturen viel oder wenig zu extrahiren, wenn man nicht die ganze Curmethode ins Auge fasst. Wenn man eine bestimmte Behandlungsweise wählt, so muss man zugleich alle ihre Consequenzen adoptiren. Bei der Vermeidung der Resection gehört dazu vor allen Dingen eine antiphlogistische Nachbehandlung, während bei Anwendung der Resection durch die grossen freien Einschnitte schon sehr wesentlich antiphlogistisch gewirkt wird.

In Betreff der Schussfracturen des Schulter- und Ellenbogengelenks habe ich keine Veranlassung gefunden, von den Indicationen abzuweichen, welche Langenbeck schon im Feldzuge von 1848 befolgt hatte, der, so wie ich, bei jeder Verletzung dieser Gelenke mit Knochenzertrümmerung die Resection anwandte. Der Anwendung dieses Verfahrens auf die Militairchirurgie

hatte er besonders vorgearbeitet durch die Ausbildung von trefflichen Schülern, welche als Oberärzte der schleswig-holsteinschen Armee nicht bloss die verwundeten Schleswig-Holsteiner, sondern auch die meisten Verwundeten der übrigen Contingente behandelt haben. Ich selbst habe mir um die Einführung der Gelenkresectionen in die Militairchirurgie nur das Verdienst erworben, dass ich Langenbeck's Schüler diese Operationen machen liess, anstatt sie selbst auszuführen. Man hat dadurch erfahren, dass nicht gerade ein Professor der Chirurgie dazu gehört, um sie zu machen. Wenn daher Guthrie noch im Jahre 1853 den englischen Militairärzten sagt, dass sie bei Schussfracturen des Ellenbogengelenks die Amputation machen möchten, wenn sie die Resection nicht zu machen verständen, so möchte ich den deutschen Militairärzten zurufen, sie sollen sie machen lernen, ehe sie wieder zu Felde ziehen.

Es scheint mir ganz in der Ordnung zu sein, dass, wenn die Combattanten feindlicher Heere sich gegenseitig nach besten Kräften zu vernichten suchen, ihre Aerzte mit einander in einem entgegengesetzten Sinne wetteifern. Nach Beendigung des Feldzuges von 1850 verschaffte ich mir die Mittheilungen dänischer Aerzte über ihre Erfahrungen im Felde, und Dr. Niese hatte die Güte, dieselben zu übersetzen und in der deutschen Klinik abdrucken zu lassen. Der Verfasser der umfangreichsten Mittheilung, Dr. Djorup, macht darin Langenbeck und mir den Vorwurf einer einseitigen Vorliebe für die Resection und behauptet namentlich, die dänischen Aerzte hätten viele Ellenbogengelenksschüsse ohne Amputation und Resection geheilt, in denen wir

resecirt hätten. Es war mir indess aus den mündlichen Mittheilungen eines der vorzüglichsten dänischen Aerzte, Dr. Jacobsen, von dessen Geschicklichkeit ich bereits im Jahre 1849 Proben gesehen hatte, an Verwundeten, die in Gefangenschaft gerathen waren, bekannt geworden, dass sich sein Verfahren bei Ellenbogengelenksverletzungen nur wenig von dem unsrigen unterschieden habe, insofern er die vorhandene Wunde im frischen Zustande bedeutend erweiterte, die Splitter auszog und die Fragmente ebnete. Der Unterschied bestand also im Wesentlichen nur darin, dass wir eine den anatomischen Verhältnissen angemessene methodische Eröffnung des Gelenks vornahmen. Dieser Gegenstand wurde noch einmal zur Sprache gebracht durch einen anderen dänischen Militärarzt, Dr. Müller, welcher darüber in dem ärztlichen Vereine zu Hamburg einen Vortrag hielt, der vorzugsweise gegen mich gerichtet war. Es kam denn auch bei dieser Gelegenheit zum Vorschein, dass die dänischen Aerzte keineswegs ein bloss exspectatives Verfahren eingehalten hatten. Der Hamburger Verein erklärte sich für die methodische Resection, weil sie die Aussicht auf ein brauchbares Gelenk hinterliesse. Ein in Altona wohnhafter, nach der Schlacht von Idstedt im Ellenbogengelenke Resecirter, wurde damals dem ärztlichen Vereine durch Dr. Niese vorgestellt, bei welchem Kraft und Bewegung im resecirten Gelenke dem natürlichen fast gar nicht nachsteht. Man lasse sich deshalb nicht täuschen durch die Behauptung derjenigen, welche aus Unbekanntschaft mit der Resection einem bloss exspectativen Verfahren das Wort reden. Der Charakter dieser Gelenkverletzungen ist sich seit

Ambroise Paré's Zeiten bis auf die neuesten Tage vollkommen gleich geblieben. Ich brauche in dieser Beziehung nur zu verweisen auf die unerträglichen Leiden der beiden Verwundeten, welche Dr. Simon ohne Resection des Ellenbogengelenks heilte. Auch die von Dr. Paul in seinem übrigens so vieles Gute enthaltenden Buche — die conservative Chirurgie, Beobachtung 33 und 35. — zu Gunsten eines exspectativen Verfahrens angeführten Fälle dienen demselben nicht eben zur Empfehlung. In der 33. Beobachtung war der Patient 3 Wochen lang unter pyämischen Erscheinungen in der höchsten Lebensgefahr, und in der 35. Beobachtung war, wie Dr. Paul sagt, die Amputationsnothwendigkeit sehr nahe gerückt. Anstatt die Gelenkresectionen der oberen Extremität weiter zu bekämpfen, würde man besser thun, sich dieselben allgemein anzueignen und so einzuüben, dass man sich vor ihrer Verrichtung eben so wenig scheuet, wie vor einer Amputation oder vor der Unterbindung einer Arterie in der Continuität. Es wird sich bald herausstellen, nicht bloss wie dankbar im Allgemeinen diese Operationen sind, sondern auch wie grosser Vervollkommnung sie noch fähig sind und bedürfen. Mit einem Worte, man sollte diese Resectionen als unentbehrlich in die Kriegschirurgie aufnehmen und nicht ferner stiefmütterlich behandeln. Dies ist in sofern auch von uns geschehen, als wir die Resectionen erst nach Vollendung der Amputationen vornahmen, während sie doch eben so sehr, wie die Amputationen, eine frühzeitige Ausführung verlangen. Erst dann, wenn Aerzte genug vorhanden sind, welche zu reseciren verstehen, wird dies ausführbar sein, und erst

dann wird man Statistiken aufstellen können, welche ihren wahren Werth darlegen. Unsere Versuche im schleswig-holsteinschen Kriege betrachte ich nur als die ersten Anfänge.

Behandlung der Schussfracturen der Extremitäten im Allgemeinen.

Es sind dabei vorzüglich folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

1) Da jede Schussfractur eine erhöhte Gefahr der Pyämie mit sich führt, so ist vor allen Dingen dieser verderblichen Complication entgegen zu wirken; so lange dies nicht geschehen ist, sind alle anderen Bemühungen so ziemlich vergebens, und es wird eine neue Aera für die Kriegschirurgie anfangen, wenn man diese Schwierigkeit vollständig überwunden hat. Es werden alsdann Verletzungen leicht heilbar erscheinen und Operationen möglich, die durch das Hinzukommen der Pyämie jetzt meist tödtlich verlaufen.

2) Bei der Behandlung von complicirten Fracturen ist mir ein Grundsatz, wie ich glaube, besonders nützlich gewesen, welcher meine früheren Schüler, die Studenten, veranlasste, mir nachzusagen, ich ginge mit den gebrochenen Gliedern um, als ob sie von Glas wären; während sie einem Collegen von mir nachsagten, er ginge damit um, als ob sie von Holz wären. Der Unterschied der hölzernen von der gläsernen Behandlung besteht darin, dass man gebrochene Glieder so wenig wie möglich beunruhigt; Verbände, die gut liegen, nicht ohne Noth abnimmt, selbst wenn ein

Anderer sie angelegt hat; dass man die vorhandenen Wunden nicht durch Eingehen mit Sonden und Fingern irritirt, und dass man eine unbedeutende Verrückung der Fragmente in den ersten Tagen nicht beachtet, sondern die Abnahme der Geschwulst abwartet, ehe man sie beseitigt.

3) Glieder mit complicirten Fracturen dürfen nicht in feste Verbände eingeschlossen werden, sondern müssen, theilweise wenigstens, dem Auge zugänglich bleiben; Ausnahmen, welche in dieser Beziehung vorkommen, können nie die allgemeine Regel umstossen und werden hinreichend entkräftet durch die vielen Unglücksfälle, welche der Kleisterverband und andere ähnliche Verbände, und zwar nicht bloss bei complicirten Fracturen gegeben haben. Ich könnte davon Vielerlei erzählen, aber gottlob nicht aus meiner eigenen Praxis.

Uebertriebene Vorstellungen von dem Nutzen und der Nothwendigkeit fester Verbände, auch in den ersten Stadien der Fractur, veranlassen in dieser Beziehung immer neue Versuche, die ich für ganz unnütz halte, weil die einfachsten Vorrichtungen genügen, besonders bei Schussfracturen.

4) Glieder mit Schussfracturen müssen antiphlogistisch behandelt werden; man darf sich vor Aderlässen nicht scheuen; Blutegel allein sind nur ein miserables juste milieu, wovon man nie etwas Entscheidendes zu erwarten hat. Die Aderlässe muss jedenfalls vor dem Eintritte der Eiterungsperiode vorgenommen werden, am besten, sobald der Puls anfängt etwas rascher zu werden, die Temperatur sich zu heben beginnt und das betroffene Glied anschwillt und schmerzhaft wird. Unter

diesen Umständen wirkt die Aderlässe bei complicirten Fracturen ebenso günstig, wie bei verwandten Zuständen parenchymatöser Organe. Das wichtigste Antiphlogisticum für complicirte Fracturen ist die Anwendung der Kälte, welche, wenn man Eis benutzen kann, sehr häufig die Blutentziehung entbehrlich macht. So wie die Anwendung von Aderlässen durch den lange fortgesetzten Gebrauch der Kälte beschränkt wird, so ist dies auch mit den Einschnitten der Fall. Es war sehr auffallend, wie der Gebrauch der Einschnitte im Feldzuge von 1850 auf ein Minimum eingeschränkt wurde durch das fast überall vorhandene Eis, und wie doch die Resultate um so Vieles besser wurden. Indess sind die Einschnitte nicht zu entbehren. Es kommen Fälle vor, in denen einer heftigen entzündlichen Anschwellung sofort durch ein ausgiebiges Debridement ein Ende gemacht werden muss, wo es zum Aderlassen zu spät ist und man entweder kein Eis zur Disposition hatte, oder wo dies doch nicht schnell genug wirken würde, um dem Entstehen von Brand oder diffuser Eiterbildung vorzubeugen.

In diesen Fällen sind einzelne grosse Einschnitte, welche bis durch die Fascie dringen, vorzüglich am Vorderarm und am Unterschenkel, von grossem Nutzen.

5) In der Eiterungsperiode kann man bei wichtigen Fällen ungehindert mit der Anwendung von Eisbeuteln fortfahren. Sollte dieser Grundsatz allgemeinere Verbreitung finden, so wird das pus bonum et laudabile viel von seinem Ruhme einbüssen, weil die Heilung, auch bei der Bildung eines serösen Eiters, und zwar noch rascher von Statten geht.

Nur bei Zertrümmerung oberflächlich gelegener Knochen kann man, nach Beseitigung der peripherischen Entzündung, zu Cataplasmen von mässigem Umfange übergehen.

Alles Drückens und Pressens so wie aller Expulsivbinden hat man sich sorgfältig zu enthalten. Dr. Esmarch hat mich davon überzeugt, dass die vielen Eitersenkungen, welche im Jahre 1849 noch vorkamen, den Kranken nur angequetscht waren. 1850 kam davon nur wenig vor.

6) Erst nach vollständiger Beseitigung der entzündlichen Anschwellung dürfen circuläre festere Verbände angelegt werden, und zwar meistentheils erst dann, wenn die Eiterung so weit abgenommen hat, dass die Wunde einige Tage unverbunden bleiben kann. Diese Methode verdient den Vorzug vor den gefensterten Kleisterverbänden, die doch nie eine hinreichende Reinlichkeit gestatten und, da sie als Contentivverbände doch nur unvollständig wirken, im Grunde nur blosse Lagerungsapparate sind, mag man sie nun aufgeschnitten haben oder nicht.

7) Während der Dauer der Behandlung werden die Knochensplitter allmählich ausgezogen, sobald die bekannten Veränderungen der Wunde anzeigen, dass sie sich gelöst haben. Ueber das Einheilen von Bruchsplittern in den Callus hat man sich im Allgemeinen keine Sorge zu machen, sie kommen doch mit der Zeit zum Vorschein und machen nur am Oberschenkel Schwierigkeit, wo man übrigens Gott zu danken hat, wenn durch die organische Verbindung der Fragmente der Lebensgefahr abgeholfen ist. Wenn die älteren Militair-

ärzte auf dieses Einheilen von Knochensplittern im Callus einen so grossen Werth legten, dass sie darauf besonders die Nothwendigkeit einer frühzeitigen Splitterextraction begründeten, so kam dies nur daher, dass sie die Bruchsplitter nicht von den nekrotischen Splittern zu unterscheiden wussten, wie dies in jüngster Zeit noch Dr. Simon — vide dessen Buch über Schusswunden, S. 70 — passirt ist, obgleich dieselben sich schon hinreichend durch ihr Ansehen unterscheiden, der Bruchsplitter durch seine scharfen Ränder und sein unverändertes Kalkgerüst, der nekrotische Splitter durch seine angenagten Ränder und seine Porosität. Es ist deshalb bei weitem mehr die Aufgabe der Kunst, der entzündlichen Nekrose vorzubeugen — und dies geschieht nicht gerade durch langes Suchen in der Wunde und durch den Zutritt der Luft.

Verletzungen des Schlüsselbeins.

Die Schussfracturen des Schlüsselbeins sind meistens Comminutivbrüche, indess kommen auch Brüche ohne Splitterung vor. Wenn dabei keine Nebenverletzungen Statt finden, so haben sie keine besondere Gefahr, erfordern aber jedenfalls eine strenge antiphlogistische Behandlung mit gänzlicher Vermeidung der warmen Umschläge, weil möglicher Weise die grossen Gefässe contundirt sein können. Die Entfernung der Splitter, welche nicht sofort ausgezogen wurden, nimmt man erst nach vollständiger Eiterung vor, und wenn sie sehr klein sind, wo möglich dadurch, dass man einen Wasserstrahl durch die Wunde laufen lässt. Zwei

Fälle sind mir vorgekommen, in denen ich die Resection in der Continuität des Schlüsselbeins für nöthig hielt und ausführen liess; in dem einen, welchen ich erst am 8. Tage sah und wo der Bruch in der Mitte des Schlüsselbeins ohne Splitterung bestand, war das äussere Fragment bis in den Plexus brachialis hineingetrieben worden, wo dasselbe die fürchterlichsten Schmerzen unterhalten hatte, die selbst auf den anderen Arm ausstrahlten, eine Unbeweglichkeit beider herbeiführte und ohne Operation nicht reponirt werden konnte. Die Operation brachte Linderung, verhinderte aber nicht den Tod an Pyämie. In dem zweiten Falle gab mir eine secundäre Blutung die Veranlassung zur Resection. Nach Entfernung der Splitter und Resection der Fragmente hörte die Blutung auf, ohne dass ein verletztes grösseres Gefäss entdeckt worden wäre. Auch hier erfolgte der Tod durch Pyämie, welche auch wohl die Blutung veranlasst hatte. Ich erwähne dieses Falles nur, um daran die Bemerkung zu knüpfen, dass in dem Falle secundärer Blutungen aus einer angebohrten oder contundirten Arteria subclavia, wenn sie nicht schnell tödtlich wird, die Resection des Schlüsselbeins allein den Weg für die Unterbindung zu bahnen vermöchte, weil die entfernte Unterbindung, der vorhandenen Veränderung der Weichtheile wegen, kaum ausführbar sein möchte und ohnehin keine Sicherheit gewährt. Ist die Subclavia von unten verletzt worden durch eine Kugel, welche die erste Rippe zertrümmerte und, wie in dem S. 93 erzählten Falle, auch das Schlüsselbein zerbrach, so wird die Blutung vermuthlich nach innen erfolgen, und der Tod nicht abzuwenden sein, weil man hier den

Blutstrom nicht temporär durch einen Druck der Arterie gegen die erste Rippe beherrschen kann. An Verbandstücken ist bei den Schussfracturen des Schlüsselbeins nur die Mitella erforderlich, der man eine Zirkeltour um den Thorax hinzufügt, um den Arm an diesem zu befestigen. Dagegen lasse man den Kranken im Bette liegen, so lange noch die geringste Gefahr einer secundären Blutung vorhanden ist. In dieser Beziehung ist es auch rathsam, sich fortwährend zu überzeugen, dass der Radialpuls der verletzten Seite mit dem der anderen gleich kräftig ist. Findet darin ein Unterschied Statt, so sollte man nicht versäumen, in den ersten 14 Tagen einen Eisbeutel anzuwenden. Ueber Diastase der Bruchfragmente mache man sich keine Sorgen, sie nähern sich immer in der Granulationsperiode, auch habe ich nie ein künstliches Gelenk entstehen sehen.

Verletzungen des Schulterblatts.

Bei den Verletzungen des Schulterblatts, wo die Kugel zuerst durch den Thorax gegangen ist, kommt die erstere kaum in Betracht. Drang sie durch den Pectoralis major, oder in die Achselhöhle, und gelangte durch die Fossa subcapularis in das Schulterblatt, so sind nicht immer die Nebenverletzungen so bedeutend. Sie kommen alsdann besonders in Betracht mit Rücksicht auf die Gefahr der Pyämie und der secundären Blutungen, zu denen diese Verletzungen in der Nähe des Rumpfes sehr geneigt sind. Man verhüte daher eine bedeutende Erweiterung der Gefässe, durch eine rechtzeitige Antiphlogose in der Reactionsperiode. Sind

diese Blutungen erst eingetreten, so ist es meistens zu spät, um noch etwas Wirksames zu unternehmen.

Dreimal wurde von schleswig-holsteinschen Aerzten in Fällen dieser Art wegen secundärer Blutung die Subclavia über dem Schlüsselbein unterbunden, ohne dass dies den Tod abgewendet hätte. Von einem Aufsuchen der blutenden Gefässe an der verwundeten Stelle selbst kann um so weniger die Rede sein, da das Blut aus kleineren Gefässen zu kommen pflegt, die selbst nach dem Tode nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden können. Etwas ganz Anderes ist es mit Stichwunden dieser Gegend, bei denen man erst dann ruhig sein kann, wenn man die blutende Mündung selbst freigelegt hat. Ich habe mehrmals Kugeln aus der Fossa infraspinata ausgeschnitten, welche von der Achselhöhle her das Schulterblatt durchbohrt hatten und dann im Musculus infraspinatus stecken geblieben waren.

Viel häufiger, als die Verletzungen von vorn, sind am Schulterblatte die von der Seite eindringenden; so lange sie das Schultergelenk nicht mit betreffen, haben sie keine besondere Gefahr, indess heilen die Verletzungen der Spina scapulae, da sie gewöhnlich Comminutivbrüche sind, nur langsam und nach Ausstossung zahlreicher Splitter, welche theilweise nekrotisch sein können, während dieser Process am Körper des Schulterblatts viel leichter von Statten geht. Auch hinterlassen sie leicht für längere Zeit eine beschränkte Beweglichkeit des Schultergelenks. Eine von der Seite oder in die Fossa infraspinata eindringende Kugel kann im Musculus subscapularis stecken bleiben, dort einheilen und die Bewegungen des Armes stören. Im Jahre 1851 ent-

fernte ich eine solche Kugel, welche im Jahre vorher bei der Schlacht von Idstedt eingedrungen war und die Bewegungen des Armes wesentlich hinderte. Da in diesem Falle durch eine vorhandene Fistel der Sitz der Kugel, etwas näher dem äusseren Rande des Schulterblatts, sehr gut zu ermitteln war, so überlegte ich mir zuerst, ob ich die Kugel nicht von der Seite und von innen her unter dem Schulterblatte hervorziehen sollte, zog aber den directen Weg der Sonde vor; dies war sehr gut, denn es zeigte sich nachher, dass die nach innen gedrängten Splitter des Schulterblatts mit einander verheilt waren und um die Kugel eine feste Knochenkapsel bildeten. Um die in ihrer Form ganz veränderte Kugel auszuziehen, musste ich die vorhandene Knochenlücke durch ein starkes Knopfmesser, mit dem ich den Knochen abschälte, erweitern. Diese Operation stellte die freie Bewegung des Arms wieder her. So wünschenswerth also auch die Extraction dieser Kugeln ist, so soll man sich doch auch hier nicht zu Extractionen in der Entzündungsperiode verleiten lassen, sondern dieselben lieber auf eine spätere Zeit verschieben, wenn sie nicht bei der frischen Wunde schon geschehen waren.

Die furchtbarste Verletzung des Schulterblatts, des Schlüsselbeins und der dasselbe bedeckenden weichen Theile sah ich nach der Schlacht von Idstedt bei einem von einem Granatensplitter Getroffenen. Hier lag das in zahllose Stücke zerbrochene Schulterblatt beinah seiner ganzen Ausdehnung nach frei. Ich kam glücklicher Weise am dritten Tage hinzu, wo die Reaction schon mit grosser Lebhaftigkeit aufgetreten war, so

dass ich auf der Stelle eine grosse Aderlässe machen liess, welche sehr vortheilhaft wirkte. Da das Schultergelenk nicht verletzt war, so erfolgte die Heilung ohne besondere Zufälle und mit mässiger Behinderung im Gebrauche des Arms.

Auch bei den Verletzungen des Schulterblatts ist die Mitella der einzig nützliche Verband.

Verletzungen des Schultergelenks.

Das Schultergelenk kann durch Kugeln von den beiden Knochen aus, welche dasselbe zusammensetzen, geöffnet werden. Verletzung dieses Gelenks ohne Knochenaffection ist bei der Enge des Kapselbandes höchst unwahrscheinlich, und kommt nicht zur Beobachtung. Sehr übel sind diejenigen Verletzungen des Schultergelenks, welche von der Scapula ausgehen, wenn eine, von hinten eindringende, Kugel von der Fossa infraspinata aus das Schulterblatt bis ins Schultergelenk hinein zertrümmert. Dieser Fall ist mir einmal vorgekommen, wo ich aufgefordert wurde, eine hinter der Fossa infraspinata sitzende Kugel auszuziehen. Beim Eingehen mit dem Finger durch die Knochenlücke wurde derselbe durch einen Krampf des Subscapularis heftig eingeklemmt und ich schloss daraus, dass die Splitterung bis in die nahe liegende Gelenkfläche des Schulterblatts gehen müsse. Schwer zu diagnosticiren sind mitunter die Fälle, in welchen die Kugel von vorn eindringend einen Theil der Gelenkfläche des Schulterblatts abgetrennt hat, wenn die Untersuchung im frischen Zustande versäumt wurde, weil man sie dann später, aus Furcht

vor Erneuerung der Blutung nicht gern vornimmt und die Erscheinungen in der ersten Zeit die Schwere der Verletzung nicht verrathen, bis der Eintritt einer reichlichen jauchigen Secretion die Eröffnung des Gelenks wahrscheinlich macht. Auch die von der äussern Circumferenz ausgehenden Verletzungen des Gelenks bieten in der Diagnose ihres ganzen Umfangs grosse Schwierigkeiten, besonders wenn man die seit Jahrhunderten gegebene aber immer wieder vergessene Regel verabsäumt, die Wunde in derjenigen Stellung des Arms zu untersuchen, in der sie der Kranke empfangen hat; untersucht man die Wunde in dieser Stellung des Arms, so gelangt man leicht mit dem Finger auf den etwa verletzten Schulterkopf, bleibt aber oft in Zweifel darüber, wie weit sich dessen Verletzung erstrecke und wo die Kugel geblieben sei, ob sie in dem Kopfe selbst stecke, ob sie auch das Schulterblatt verletzt habe, in dessen Nähe sitze, oder endlich in den Thorax gerathen sei. Die Richtung des Schusses kann darüber einigen Aufschluss geben, mitunter der eindringende Finger, indess nicht selten bleibt man in Zweifel. Da die Frage, wie weit sich die Verletzung erstrecke, von grosser practischer Wichtigkeit ist, so darf man nichts versäumen, was zu ihrer Beantwortung dienen könnte, vor allen Dingen suche man darüber in's Reine zu kommen, welcher Theil des Schulterkopfs, bei der bekannten Richtung des Schusscanals und des Arms im Augenblick der Verwundung, getroffen sein müsse. Es kann dabei von Nutzen sein, an der gesunden Seite die Contouren des Acromii sich genau zu merken, oder mit Dinte auf die Haut zu zeichnen, um dann den Arm in die Stellung zu

bringen, in welcher er verwundet wurde. Dadurch gewinnt man zuweilen ein deutlicheres Bild von der Beschaffenheit der Verletzung in der Tiefe. Die Form und Ausdehnung der Gelenkkapsel muss man dabei genau im Kopfe haben, nicht vergessen, dass dieselbe nur um wenige Linien unter dem Acromion hervorragt, und dass die, der langen Sehne des Biceps folgende, Ausbuchtung der Synovialmembran bis zum chirurgischen Halse herabreicht, dass also da, wo diese Sehne liegt, das Gelenk ziemlich weit nach unten geöffnet werden kann. Da indess diese Sehne in einem tiefen Sulcus liegt, so wird ihre Synovialmembran schwerlich ohne eine gleichzeitige, fühlbare Läsion des Knochens eröffnet. Dieser Gegenstand würde noch schwieriger sein, wenn man zu besorgen hätte, dass Kugeln, welche die Diaphyse getroffen und zerbrochen haben, Spalten bis ins Gelenk hinein verursachten. Dies ist glücklicher Weise nicht der Fall, zufolge vielfacher Untersuchungen, die ich über diesen Punct angestellt habe, und worüber sich die Präparate zum Theil in meinen Händen befinden. Nur diejenigen Kugeln, welche die Gegend der Tubercula treffen, machen Splitterungen, die nach abwärts und aufwärts gehen und den intrakapsulären Theil des Kopfes splittern, während Schüsse, welche den chirurgischen Hals und tiefer anschlagen, niemals Splitterungen bis in den intrakapsulären Theil des Kopfes hervorbringen. Die nach aufwärts gehenden Spalten hören in der Regel schon auf, ehe sie die Tubercula erreichen, oder verlieren sich in den Tuberkeln selbst; die Hauptsplitterung geht aber nach abwärts.

Diese Verhältnisse sind deshalb von so grosser Wich-

tigkeit, weil sie einen wesentlichen Einfluss auf die Behandlung des Falles üben. Nach meiner Ansicht ist nämlich bei jeder gut constatirten Knochenverletzung mit Eröffnung des Schultergelenks die Resection desselben indicirt, welche allein den drohenden Gefahren einer jauchenden Entzündung vorzubeugen im Stande ist, die um so leichter verderblich wird, weil das verletzte Schultergelenk nicht wie andere Gelenke reagirt, oder vielmehr die Reaction sich nicht auf ähnliche Weise darstellt. Während andere Gelenke stark aufschwellen und Fluctuation zeigen, geschieht dies beim Schultergelenk nur ausnahmsweise. Zuweilen bahnt sich das Exsudat einen Weg längs der langen Sehne des Biceps, drängt deren Synovialmembran weiter herab, mitunter sogar bis zur Insertion des Deltoides. Der Wundarzt schneidet hier mitunter eine fluctuirende Geschwulst ein ohne zu ahnen, dass er das Schultergelenk selbst öffnet.

Die meisten Militairärzte sagen freilich, dass man bei leichten Knochenverletzungen des Schulterkopfes exspectativ verfahren könne, und dass die Heilung nach Extraction der Splitter und starker Eiterung durch Anchylose erfolge, wobei die Bewegung des Schulterblattes diejenigen des Schultergelenks so ziemlich ersetze. Auch wir haben bei mehren, gut constatirten, intrakapsulären Verletzungen des Schulterkopfs die Resection unterlassen und die Kranken hergestellt, aber wie unsere Tabelle zeigt, sind viele an unerkannten intrakapsulären Läsionen des Schultergelenks gestorben.

Bei oberflächlich erzählten Krankengeschichten von glücklich exspectativ geheilten Verletzungen der Schulter, bleibt man durchaus im Zweifel, ob die Autoren das

anatomische Verhältniss richtig ins Auge gefasst hatten und ob in der That eine intrakapsuläre Verletzung vorlag.

In Fällen, wo intrakapsuläre Verletzungen mit Erhaltung der Beweglichkeit des Schultergelenks geheilt sein sollen, wie der von Harald Schwarz l. c. pag. 204, darf man billigerweise an der Richtigkeit der Diagnose zweifeln, besonders wenn der Autor wähnt, durch passive Bewegungen das Entstehen einer Anchylose verhindern zu können. Auch die extrakapsulären Brüche der Schultergegend machen bedeutende Zufälle und mitunter langwierige Eiterung und können durch Schleimbeutel-Vereiterungen synoviale Exsudate liefern, sie erfordern aber weder Resection noch Amputation, sogar dann nicht, wenn sie von einer Kardätschenkugel hervorgebracht wurden, vorausgesetzt, dass Nerven und Gefässe gesund geblieben sind. Wenn deshalb Harald Schwarz für ausgedehnte Splitterungen im obern und untern Drittheil des Humerus die Amputation fordert, so liegt darin eine Missachtung dessen, was andere Militairärzte als eine wichtige Errungenschaft betrachten, nämlich dass keine Knochenverletzung des Humerus an sich die Amputation indicire. Sind die Gelenke dabei verletzt, so fallen sie ins Gebiet der Resection. Die übrigen erfordern nur eine einfache conservative Behandlung. Unsern Erfahrungen zufolge sind weit nach abwärts gehende Splitterungen kein Hinderniss für die Resection. Bei einem von Dr. Esmarch Resecirten beträgt die Länge des weggenommenen Stücks 5 Zoll, also beinahe das ganze obere Drittheil des Humerus.

Resectionen des Schultergelenks in der Zeit der entzündlichen Reaction geben eine sehr schlechte Pro-

gnose; nach vollständig eingetretener Eiterung wird sie freilich besser, aber diese lässt sich gar nicht immer abwarten, weil die Zufälle zu drohend sind. Es ist deshalb jedenfalls besser, bei gut constatirten Schussverletzungen des Schultergelenks innerhalb der ersten 24 Stunden die Resection vorzunehmen und nicht erst den Kranken die Probe überstehen zu lassen, ob er etwa an acuter Pyämie zu Grunde gehen werde, denn dadurch gerade scheint mir die Prognose der späten Resection besser zu werden, dass diejenigen vorweg sterben, welche zur Pyämie besonders geneigt sind.

Schussfracturen der Diaphyse des Humerus.

Diese Schussfracturen sind ohne Schwierigkeit zu diagnosticiren, und erfordern in ihrer Behandlung mehr Ausdauer von Seiten des Verwundeten, als Kunst von Seiten des Arztes. Auch in der Lazarethbehandlung bleibt der Thorax die einzige Schiene für den in der Mitella liegenden verletzten Arm; damit aber nicht die Schwere des Arms fortwährend auf dem Thorax ruhe, schiebt man dem, auf dem Rücken liegenden, Verwundeten ein grosses Spreukissen unter den verletzten Arm. Der Verwundete, dem dasselbe grosse Erleichterung gewährt, sorgt von selbst dafür, dass das Kissen passend gelagert sei. Es ist nicht genug davor zu warnen, solche Arme in der ausgestreckten Lage auf einer Schiene zu behandeln. Jede Bewegung des Körpers deplacirt dabei das obere Fragment, während das untere auf der Schiene bleibt. Dadurch wird das Entstehen eines künstlichen Gelenks begünstigt, welches ich bei unserer Methode nie

habe entstehen sehen. Nur bei Schussfracturen des untern Drittheils, nahe am Ellenbogengelenk, habe ich wohl eine Ausnahme gemacht und den Arm auf eine Schiene gelagert, welche den Vortheil gewährt, dass man den verletzten Theil hoch lagern kann; dies darf aber nur bei sehr ruhigen Patienten geschehen.

Die Fracturen des Humerus in der Nähe des Ellenbogengelenks zeigen ein ähnliches Verhalten, wie die des obern Endes, insofern die Splitterungen der Diaphyse nicht leicht in die Epiphyse hineingehen. Es ist deshalb auch gar kein Grund vorhanden, dabei an eine Amputation zu denken, besonders da diese Brüche mit viel geringern Zufällen auftreten, wie die des obern Drittheils des Humerus, und die Extraction der Splitter viel leichter ist.

Verletzungen des Ellenbogengelenks.

So schwierig die Diagnose der Schultergelenksverletzung ist, so leicht ist im Allgemeinen die Diagnose der Schussverletzungen des Ellenbogengelenks.

Ich erinnere mich nur eines einzigen Falles (Dr. Esmarch's Resectionen p. 100. 12. Fall), wo die Verletzung nicht wohl primär erkannt werden konnte, weil die Kugel 3 Zoll oberhalb des Handgelenks an der Volarseite des Vorderarms eingedrungen war und sich in der Gegend des Ellenbogengelenks in den Weichtheilen verloren hatte. Bei der nach Vereiterung des Ellenbogengelenks vorgenommenen Resection zeigte es sich, dass sie den Processus coronoideus ulnae abgesprengt hatte. Dieselbe Verletzung des Processus coronoideus habe ich noch einmal beobachtet, wo der Schuss quer durch den

Vorderarm gegangen war und Radialis und Ulnaris dicht unter ihrem Ursprunge getrennt hatte. Da die Blutung sich 24 Stunden nach der Verletzung erneuert hatte, so liess ich die Amputation des Oberarms vornehmen, nachdem ich mich durch Eingehen mit dem Finger überzeugt hatte, dass der Processus coronoideus abgesprengt sei. Alle andern Schussfracturen des Ellenbogengelenks waren leicht zu constatiren und wurden mit Ausnahme von zwei Fällen, in denen ich versuchsweise noch im Feldzuge von 1850 ein mehr exspectatives Verfahren einhielt, der Resection unterworfen. Nach Extraction der losen Splitter ebnete ich die Fragmente, ohne dabei immer bis an die Grenze der Splitterung zu gehen. Auf der einen Seite ist es nicht rathsam, dass man sich auf die blosse Eröffnung des Gelenks, Extraction der Splitter und eine gar zu geringe Abkürzung der Fragmente, beschränke, weil sonst nach der Operation ein krampfhaftes Anstemmen derselben eintritt, besonders wenn man, wie die meisten Wundärzte rathen, den Arm in einen rechten Winkel biegt und in eine Mitella legt. Ich habe dies mehrmals versucht, musste es in der ersten Zeit aber immer wieder aufgeben und den Arm auf eine, im stumpfen Winkel gebogene, Schiene lagern. Erst nach mehren Wochen kann man in die rechtwinklige Stellung übergehen. Will man den Arm gleich Anfangs in einen rechten Winkel bringen, so muss man mehr von den Fragmenten absägen, als wir dies in der Regel gethan haben, da wir z. B, wenn die Condylen des Humerus verletzt waren, von den Knochen des Vorderarms nur das Olecranon absägten, welches sonst leicht aus der Wunde hervorragen würde.

Ich habe es absichtlich vermieden, die Totalexcision der articulirenden Enden vornehmen zu lassen, weil ich keine unbrauchbaren Arme erhalten wollte; dies ist glücklich vermieden worden. Bei allen von uns mit Resection Geheilten ist entweder Anchylose eingetreten, oder die active Bewegung des Ellenbogengelenks erzielt worden. Wenn deshalb bei der Mehrzahl unserer Resecirten Anchylose eintrat, so ist dies vorzüglich der geringen Ausdehnung des Knochenverlustes zuzuschreiben. Es wäre nun leicht zu sagen, man solle in Zukunft lieber die totale Resection der Gelenkenden machen, um mehr bewegliche Ellenbogengelenke zu erhalten, aber es ist erstens noch nicht ausgemacht, ob nicht für die arbeitende Classe ein anchylosirter Arm nützlicher sei, als ein nach der Resection beweglich bleibender, zweitens hat die Erfahrung gelehrt, dass auch bei einem mässigen Substanzverluste die Beweglichkeit erhalten wurde, wenn die Operation in den ersten 24 Stunden unternommen würde. Ich halte es daher für besser, ehe man sein Hauptaugenmerk auf die Gewinnung eines beweglichen Gelenks richtet, abzuwarten, bis die Resection des Ellenbogengelenks so allgemein eingeführt sei, dass sie in den ersten 24 Stunden überall gemacht werden kann und eine grössere Statistik in Betreff der Beweglichkeit und des Nutzens des Arms vorliegt. Alsdann kann auch erst von weitern Vervollkommungen die Rede sein, z. B. ob es nicht rathsam sei, das verletzte Gelenkende des Humerus in manchen Fällen zu reseciren ohne den Triceps vom Olecranon abzulösen?

Wie bei den Fracturen des Humerus habe ich auch nach der Resection des Ellenbogengelenks grossen Werth

darauf gelegt, dass der Arm beim Verbande, während der ersten Wochen nicht aus seiner Lage gebracht, sondern in loco gereinigt und verbunden werde.

Obgleich ich weit entfernt bin, den Nutzen der passiven Bewegungen nach den Resectionen des Ellenbogengelenks ganz abzuläugnen, so bezweifle ich doch, dass davon so sehr die Erhaltung der Beweglichkeit abhängt, und möchte nicht rathen, zu einer Zeit davon Gebrauch zu machen, wo die Heilung der Wunde dadurch gestört werden kann, oder wo dieselben neue Anschwellungen erregen, die möglicherweise eine grössere Verdichtung des Narbengewebes zur Folge haben könnten.

Bei allen mit Verletzung der Brachialis verbundenen Schussfracturen des Humerus und Ellenbogengelenks halte ich die Amputation für indicirt. Die Unterbindung zwischen der Wunde und dem Herzen sichert nicht lange genug gegen Blutung, um sich darauf irgend verlassen zu können. Bei der Unterbindung an der verletzten Stelle hat man freilich mehr Sicherheit gegen erneuerte Blutung, aber die Venae comites, welche schon von der Kugel gequetscht worden sind, kommen durch den Act der Unterbindung in neue Gefahr einer entzündlichen Obliteration, wodurch dann wieder die Gefahr einer Verjauchung der Fracturstelle eintritt. Diese Obliteration der Venen kann dann selbst zum brandigen Absterben der unterhalb derselben liegenden Theile führen, wenn, wie es öfter vorkommt, die Verletzung der Brachialis erst durch eine in der Entzündungsperiode auftretende Blutung erkannt wird. Ich habe nie die Amputation unterlassen, wo Fractur des Humerus mit Verletzung der Brachialis complicirt war, aber in einem

Falle, wo die Brachialis im mittleren Drittheil ohne Nervenverletzung durchschossen war, nach deren Unterbindung in loco, ein Erysipel entstehen sehen, welches bei geringer Intensität der entzündlichen Erscheinungen ein brandiges Absterben mehrerer Hautstellen selbst über der unterbundenen Stelle hervorbrachte, das ich nur erklären kann aus einer Venenstase, die bis zur Achsel hinauf sich verbreitet haben musste. Da der Patient geheilt wurde, so liess sich dies nicht genauer ermitteln.

Verletzungen des Vorderarms.

Die Knochenverletzungen des Vorderarms sind bei der verhältnissmässig grösseren Ausdehnung und der Form der Knochen viel häufiger wie die des Oberarms. Sie betreffen aber in der Regel nur einen von beiden Vorderarmsknochen, oder zerbrechen den einen und streifen den andern. Lange Schusscanäle sind dabei ziemlich häufig, weil der Soldat im Gefecht selten seine Arme müssig herunterhängen lässt und deshalb die Kugel mehr Gelegenheit hat den Arm in gestreckter oder im Ellbogen gebeugter Stellung zu treffen.

Ich habe nur einen einzigen Fall gesehen, wo eine Kugel quer durch beide Knochen in der Mitte des Vorderarms durchgeschlagen war. Er wurde bei einem exspectativen Verfahren ohne schlimme Zufälle glücklich geheilt.

Die Verletzungen eines einzelnen Knochens haben, selbst bei ausgedehnter Splitterung und bei Streifung des andern Knochens, keine grosse Gefahr, welche sie nur durch gleichzeitige Gefässverletzung erhalten.

Indess auch die Blutung hat hier geringere Gefahr als am Oberarme, da man theils an der verletzten Stelle,

theils auch mit gutem Erfolge die Brachialis selbst unterbinden kann, wenn die Richtung des Schusscanals es ungewiss lässt, ob die Radialis oder Ulnaris verletzt sei.

Zweimal wurde die Radialis an der verwundeten Stelle unterbunden, wo die Kugel in der Nähe des Handgelenks durch diese Arterie und den Radius gegangen war und dreimal wurde die Brachialis unterbunden, wo es bei diagonalen Schüssen durch die Volarseite des Vorderarms zweifelhaft blieb, welches Gefäss verletzt sei. In allen diesen fünf Fällen wurden die Verwundeten geheilt, dagegen starben zwei Patienten, welche zur Zeit der entzündlichen Reaction amputirt wurden. Bei dem einen war die Arteria radialis und der Radius in der Nähe des Handgelenks zerschossen, bei dem andern der Radius in der Nähe des Ellenbogengelenks, zwei Finger breit unter dem Köpfchen. In dem ersten Falle wurde der Vorderarm, im zweiten der Oberarm amputirt. Beide starben an Pyämie, welche bei Amputirten bekanntlich leichter entsteht, als bei Nichtamputirten, besonders wenn die Amputation in der Entzündungsperiode gemacht wird. Die Einschnitte zur Aufsuchung der verletzten Gefässe würden vermuthlich nicht so nachtheilig wie die Amputation gewirkt haben.

Nach meiner Ansicht findet also in dieser Beziehung ein Unterschied zwischen Oberarm und Vorderarm statt. Bei der Brachialis kommen die Hauptvenen in Gefahr sich zu verstopfen, und die Beweglichkeit der verletzten Stelle, die beim Vorderarm, wo gewöhnlich nur ein Knochen verletzt ist, gar nicht in Betracht kommt, verschlimmert die Prognose. Deshalb soll man sich am Vorderarm der Blutung wegen nicht leicht zu einer Amputation entschliessen.

Von 48 Schussfracturen des Vorderarms unserer Tabelle, welche exspectativ behandelt wurden, verlief nur einer und zwar durch Trismus tödtlich. Man lasse sich übrigens durch diese günstige Statistik nicht verleiten diese Verletzungen mit geringerer Aufmerksamkeit zu behandeln. Durch eine in den ersten Tagen schon eingeleitete Antiphlogose kann man dem Patienten viele Leiden ersparen, namentlich die vielen Einschnitte, welche in der Regel nöthig werden, wenn man sich Anfangs vor einer Aderlässe scheut, oder schnell zu warmen Ueberschlägen übergeht. Auch bietet die frühzeitige Antiphlogose das beste Mittel um den Knochenverlust auf das von der Kugel Zertrümmerte zu beschränken und die Eiterbildung und Exfoliation der Knochenspalten zu verhüten, welche namentlich an der Ulna in der Nähe des Ellenbogengelenks vorkommen.

Die Verletzung der Vorderarmsknochen mag sein, wie sie will, so giebt es dafür nur einen zweckmässigen Verband und dieser besteht in der erhöheten Lagerung auf einer Schiene, auf welcher auch die Hand Platz hat; Vorderarm und Hand ruhen auf der Volarseite. Unter die Hand steckt man einen Ballen Charpie, so dass die Finger mässig gekrümmt sind. Der verletzte Arm wird mit zwei breiten Bindenstücken leicht befestigt, welche nur dazu dienen, den Patienten daran zu erinnern, dass er seinen Arm nicht bewegen soll. Auf dieser Schiene bleibt der Arm liegen, bis die Heilung so weit fortgeschritten ist, dass man sie mit einer Armlade, mit welcher der Patient umhergehen kann, vertauschen kann.

Für die richtige Lagerung der Fragmente und eine Heilung mit möglichst geringer Difformität sorgt die

anfängliche Ruhe des Arms und die daraus resultirende Muskelerschlaffung am besten.

Vor allen Versuchen, durch feste Verbände die Stellung der Fragmente zu sichern, muss ich auf das Entschiedenste warnen. Ich habe zu oft gesehen, wie sehr der Zustand der Wunden dadurch verschlimmert wurde, wie, durch Reizung der Muskeln, Dislocationen der Fragmente eintraten, die vorher gar nicht vorhanden waren und sich nicht immer wieder beseitigen liessen, während ohne alle feste Verbände die Heilung ohne Deformität erfolgt, wenn der Substanzverlust an Knochen nicht gross war. Ist dieser bedeutend, so ist es unmöglich alle Difformität zu vermeiden. Bei grössern Substanzverlusten des Radius in der Nähe des Handgelenks habe ich es einige Mal versucht der Heilung mit Verkürzung vorzubeugen, indem ich Hand und Vorderarm auf der einfachen knieförmigen Volarschiene befestigte; diese musste aber wieder aufgegeben werden, weil sie die Wunde reizte und die Heilung verhinderte.

Ich habe mit Vergnügen bemerkt, dass es keinem Militairarzte einfiel bei Schussfracturen des Vorderarms die bequeme Lagerung auf der Volarseite mit der von Malgaigne empfohlenen auf der Dorsalseite zu vertauschen, welche dem Kranken sehr unbequem und deshalb unphysiologisch ist. Sie ist am Skelette und nicht in der Klinik erfunden worden. Auch die Civilärzte würden wohlthun, wenn sie sich nicht bei Behandlung einfacher Vorderarmsfracturen von Herrn Malgaigne einreden liessen, dass die seit Jahrtausenden übliche Behandlung der Vorderarmsbrüche in der Volarlage oder mit dem Daumen nach oben gekehrt, schlechte Resultate gebe.

Dies wird sie vermuthlich nur dann thun, wenn man den Vorderarm gleich einer Presswurst zwischen zwei breiten Brettern einzwängt.

Verletzungen der Hand.

Bei denjenigen Verletzungen des Handgelenks und der Hand selbst, welche nicht die Amputation erfordern, ist die erhöhte Lage der Hand, welche, wenn der Kranke im Bette liegt, mit dem Kopfe fast in gleichem Niveau sein muss und die Anwendung der Kälte die Hauptsache, um einer heftigen Entzündung und Blutungen vorzubeugen. Auch hier sind die Aderlässen nicht zu entbehren und können dem Patienten viele Leiden ersparen, welche namentlich bei Verletzungen des Handgelenks selbst zum Tode oder zum Verlust der Hand führen können.

Im Feldzuge von 1849 hatte ich Gelegenheit, durch eine dreiste Eröffnung des Handgelenks an der Ulnarseite sehr drohende Zufälle plötzlich abzuschneiden und Leben und Hand zu erhalten.

Man soll bei diesen Verletzungen nie vergessen, dass eine heftige Entzündung die Carpus-Knochen sehr leicht nekrotisch macht, wodurch dann die Erhaltung einer brauchbaren Hand unmöglich wird. Will man daher ein, durch eine Kugel verletztes Handgelenk erhalten, so muss man die frühzeitige Antiphlogose nicht scheuen, auch schon aus dem Grunde, damit die Entzündung sich nicht auf die Gelenke der zweiten Reihe ausbreite, so dass auch diese anchylosire. Wenn das Handgelenk anchylosirt, so muss die vermehrte Beweglichkeit jener Gelenke das Fehlende ersetzen.

Die für die Amputation der Hand aufgestellte Indication geht von dem Grundsatze aus, dass es nicht rathsam sei, die Erhaltung zu versuchen, wenn damit im glücklichsten Falle ein unbrauchbares Glied erzielt wird. Eine brauchbare Hand ist aber nicht zu erwarten, wenn die Kugel zu grosse Verwüstungen unter den Knochen, oder den Sehnen der Flexoren angerichtet hat, oder wenn der Heilungsprocess möglicherweise durch secundäre Blutungen beunruhigt werden kann. Der Fall, wo die Kugel von der Dorsalseite den Carpus durchdrungen hat, ist in sofern der günstigste, weil dieselbe bei ihrem Austritt geringere Verwüstungen anrichtet, als bei ihrem Eintritt. Es leiden also die an der Volarseite liegenden wichtigern Weichgebilde um so weniger, da die, von der Kugel durchdrungenen, spongiösen Knochenkeiner bedeutenden Splitterung fähig sind.

In Betreff der Verletzungen der Metacarpus-Knochen und der Phalangen kann ich hier nur den Rath wiederholen, die Verletzungen der Metacarpus-Knochen exspectativ zu behandeln und Finger-Amputationen entweder in den ersten 24 Stunden, oder später meistens gar nicht zu unternehmen. Ich könnte hier eine ganze Reihe von Krankengeschichten einschalten, zum Beweise, welche langwierige Leiden daraus entstehen, wenn dies nicht beachtet wird, und wie in einzelnen Fällen die Hand durch eine unvorsichtige Amputation eines einzigen Fingers grösstentheils unbrauchbar geworden ist. Einzelne Ausnahmen, die auch hier vorkommen, wo die schon begonnene Entzündung nach der Amputation nicht weiter ausstrahlt, sondern sich beschränkte, beweisen gar nichts und dürfen nicht verleiten, die Regel zu miss-

achten. Die übelen Erfolge der in der Entzündungsperiode vorgenommenen Amputation an den Fingern geben einen deutlichen Begriff davon, wie gefährlich dieselben an den grössern Gliedmassen sein müssen.

Wenn ein zerschossener Finger, der vielleicht Anfangs gleich hätte amputirt werden sollen, später dem Gebrauche der übrigen Hand hinderlich zu werden drohet, so muss dessen Absetzung erst vorgenommen werden, wenn die Geschwulst sich ganz gelegt hat, und die Heilung schon Fortschritte macht.

Verletzungen der Unterextremität.

Es ist eine bekannte Sache, dass die Unterextremität der Sitz zahlloser, langwieriger Uebel ist, welche sich zurückführen lassen auf ihre grössere Entfernung vom Herzen und auf andere Erschwerungen des Kreislaufs. Man braucht sich nur zu erinnern, welch ein grosses Contingent von Invaliden die Varicositäten und Beingeschwüre liefern. Dieses Verhältniss macht sich auch bei den Verletzungen der Unterextremität geltend, und bedingt, vermuthlich vorzugsweise, ihre schwierigere Heilung. Bei der Beobachtung heilbarer Fälle von Verletzung der Unterextremität kann man daher am leichtesten auf die Idee kommen, dass die Aufgabe der ärztlichen Behandlung vorzüglich darin bestehe, dass man die Durchgängigkeit der Gefässe zu erhalten oder wieder herzustellen habe. Es handelt sich dabei um drei Puncte, von denen aus die Circulation bedrohet sein kann.

1) Die direct gequetschten Gewebe;

2) die indirect gequetschten, oder von Knochenfragmenten gedrückten grössern Gefässe;
3) die excentrisch von der Wunde liegenden Endglieder.

Auf diese verschiedenen Puncte muss der Arzt seine Aufmerksamkeit richten, denn von jedem derselben können sich im Verlaufe des Falls neue Hindernisse für den Kreislauf entwickeln. In den gequetschten Geweben durch Entzündung, in den contundirten grössern Gefässen durch Gerinnungen, in den excentrischen Theilen durch Stockung, welche freilich nur secundär ist, aber doch wesentlich zur Störung des Kreislaufes beiträgt. Um dieses anschaulicher zu machen, erlaube ich mir folgenden Fall einzuschalten, welchen ich im Jahre 1853 in Kiel erlebte.

Einem Knaben von 6 Jahren ging das Rad eines 6000 Pfund schweren Güterwagens auf einer Pferdeeisenbahn über beide Unterextremitäten. Der linke Oberschenkel war einfach an der Gränze des obern Drittheils gebrochen, das Praeputium gequetscht, der rechte Unterschenkel war zwei Finger breit unter dem Kniegelenk in beiden Knochen schief gebrochen, mit geringer Splitterung der Tibia. Die Haut an der Innenseite des Unterschenkels war in einer Länge von $5^1/_2$ Zoll geplatzt, die Wadenmuskeln ragten, übrigens unverletzt, daraus hervor. Da der Fuss Gefühl und Wärme besass, so beschloss ich die Erhaltung desselben zu versuchen. Ich nähte zunächst die Hautwunde. Der linke Oberschenkel wurde in eine Seitenlage gebracht und mit einem Eisbeutel an der gebrochenen Stelle bedeckt. Der rechte Unterschenkel wurde hoch gelagert und ebenfalls an der

verletzten Stelle mit Eisbeuteln umgeben. Die Nath hielt nicht, sonst ging alles erwünscht, bis am sechsten Tage der rechte Fuss blau und kalt wurde. Ich liess nun auch unter die rechte Fusssohle einen Eisbeutel legen und hatte das Vergnügen nach dreitägiger Anwendung desselben die Circulation vollständig wieder hergestellt zu sehen. Die Heilung, welche fast ohne Deformität, ohne alle Schienenverbände, erfolgte, bot von nun an keine Schwierigkeit mehr dar. Hätte ich in diesem Falle, nach gewohnter Weise, reizende Fomentationen angewandt, um den drohenden Brand zu bekämpfen, so würde dieser schwerlich ausgeblieben sein, da jede Vermehrung der Blutmenge die Circulation erschwert haben würde, während die an der Fusssohle gelagerte Eisblase eine Contraction der Gewebe hervorrief, wodurch die Masse der zu bewegenden Säfte vermindert wurde.

Verhältnisse dieser Art kommen fast bei jeder Schussfractur vor, und erfordern die Anwendung derselben Grundsätze, welche in diesem Falle zu einem glücklichen Ausgange verhalfen.

Indess sind es auch nicht immer Eisblasen, welche dazu dienen, auch die peripherische Stockung zu vermindern. Für die bis zum Knie reichenden Verletzungen haben wir in der erhöheten Lage schon ein wirksames und einfaches Mittel der Stagnation entgegenzuwirken. Dieses Mittel reicht indess nicht immer aus, und zwar um so weniger, je tiefer unten sich die Verletzung befindet, so dass die Application der Kälte sehr oft den ganzen untern Theil betreffen muss.

Die Verletzungen der Unterextremität durch Schusswaffen haben manche Aehnlichkeit mit den im Frieden

vorkommenden, und es lohnt sich wohl der Mühe, dieselbe aufzufassen, weil die Behandlung der letztern die Vorschule für die Behandlung der Schussfracturen bilden sollte. Academische Lehrer kann ich deshalb nicht genug auffordern, die complicirten Fracturen der Unterextremität der Aufmerksamkeit ihrer Schüler zu empfehlen und sie in ihrer Gegenwart zu verbinden.

Die schweren Verletzungen des Fusses durch Ueberfahrenwerden, Auffallen von schweren Körpern, haben Aehnlichkeit mit den durch schweres Geschütz veranlassten Verletzungen des vordern Theils des Fusses, doch sind die letztern viel gefährlicher, bringen leichter Trismus und Brand hervor.

Die complicirten Luxationen des Fussgelenks haben Aehnlichkeit mit den Streifschüssen dieses Gelenks, doch sind die letztern lange nicht so gefährlich wie die erstern.

Die Schussfracturen des Unterschenkels haben die grösste Aehnlichkeit mit den complicirten Fracturen dieses Theils, sind aber gefährlicher als die letztern, weil Spalten und Splitter bei ihnen viel ausgedehnter sind und die weichen Theile mehr mit Knochensplittern und andern fremden Körpern durchsetzt, als bei den gewöhnlichen complicirten Fracturen.

Die Schussverletzungen des Kniegelenks haben nur ihres Gleichen in den, durch scharfe Steine hervorgebrachten, perforirenden Kapselwunden dieses Gelenks, nach denen ich in zwei Fällen habe amputiren müssen. Reine Stich- und Schnittwunden des Kapselbandes sind, so gefährlich sie auch immer sein mögen, doch gar nicht zu vergleichen mit der Gefahr eines perforirenden Knieschusses.

Ich habe noch im Jahre 1853 eine Kniegelenkswunde glücklich heilen sehen, wobei die Sense, in welche der Patient gefallen war, ein kleines Stück von der mit Knorpel überzogenen Gelenkfläche der Tibia abgeschnitten hatte.

Stichwunden des Kniegelenks habe ich selbst dann noch, durch lange angewendete Eisumschläge, glücklich und ohne Anchylose geheilt, wenn sie Anfangs vernachlässigt waren und schon eitrige Synovia ausfloss; aber in allen diesen Fällen von Stich- und Schnittwunden handelt es sich nicht um eine zurückbleibende, gequetschte Knorpel- oder Knochenpartie, welche die perforirenden Kniegelenkschüsse selbst dann noch gefährlich macht, wenn es gelingt, die Hautwunde zur Schliessung zu bringen.

Ohne ihres Gleichen in der Civilpraxis sind die Schussfracturen des Oberschenkels und darin mag es zum Theil auch liegen, dass wir in ihrer Behandlung weniger fortgeschritten sind. Selbst eine complicirte Fractur des Oberschenkels, wenn sie nicht etwa auf einer Eisenbahn, unter weniger günstigen Verhältnissen, wie in dem seltenen Falle, den ich oben erzählt habe, entstand, ist an Gefährlichkeit doch nicht mit einer Schussfractur am Femur zu vergleichen.

Verletzungen des Hüftgelenks.

Man muss sich glücklich schätzen, dass die Verletzungen des Hüftgelenks im Ganzen selten sind, unsere Tabelle giebt nur 5 Fälle davon an, denn in der That gehören sie zu den schlimmsten ihrer Art und zwar in

jeder Beziehung. Ihre Diagnose ist schon sehr schwierig und ihre Therapie beinah hoffnungslos. Die Schwierigkeiten der Diagnose bestehen darin, dass nicht selten alle diejenigen Zeichen fehlen, welche sonst den intrakapsulären Bruch charakterisiren; die Unfähigkeit, das Glied zu bewegen; die Verkürzung, die Rotation des Fusses nach aussen. Wo diese Erscheinungen vorhanden sind, ist es freilich leicht die Diagnose zu stellen. Aber mitunter ist weder das eine noch das andere Zeichen vorhanden. Der Patient bewegt sein Glied noch, es ist nicht verkürzt und nicht rotirt. Dazu kommt noch fast immer die Unmöglichkeit, das Vorhandensein oder die Ausdehnung einer gleichzeitigen Beckenverletzung, welche hier wohl selten fehlt, zu erforschen, weil die Schusscanäle zu tief sind, um mit dem Finger vollständig untersucht zu werden. Im weitern Verlaufe des Falles stellt sich die Diagnose freilich deutlicher heraus. Die eintretende Eiterung lockert die Verbindung der Fragmente unter einander, oder die noch bestehenden Adhärenzen der Fortsätze des Periost's, welche sich erst in der Nähe des Schenkelkopfs verlieren, und es tritt Discolation ein, welche durch unvorsichtige, passive Bewegung befördert werden kann, oder die jauchende Synovialeiterung bezeugt die Verletzung des Hüftgelenks.

Bei diesen diagnostischen Schwierigkeiten kann deshalb im Anfange nicht immer von einer genauen Diagnose die Rede sein. Der Schenkelkopf selbst wird, da er im Acetabulo völlig eingeschlossen ist, von einer Kugel nicht leicht getroffen, das Acetabulum jedoch kann verletzt werden und das Gelenk geöffnet sein. Ich habe einen Fall gesehen, wo das Acetabulum von einer Kugel,

die in die Incisura ischiadica major eingedrungen war, von Innen zerschlagen war und einen andern, wo die am Tuber ischii eindringende Kugel den untern Theil des Acetabulum verletzt, und das Gelenk geöffnet hatte und unter dem Musculus obturator externus steckte. In beiden Fällen traten erst am Ende der zweiten Woche Erscheinungen ein, welche eine Verletzung des Hüftgelenks ausser Zweifel stellten.

Hat die Kugel die Gegend der Trochanteren verletzt, so kann die Splitterung sich bis in die Kapsel erstrecken, ohne dass die Continuität des Schenkelhalses völlig aufgehoben ist, wie ich dies ebenfalls beobachtet habe. Die Zeichen des Schenkelhalsbruches können natürlich nur dann, gleich Anfangs, vorhanden sein, wenn das Projectil die Continuität des Schenkelhalses vollständig aufgehoben und Dislocation der Fragmente erzeugt hat, alsdann ist aber die grösste Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass eine, auch an sich schon gefährliche, Verletzung eines Beckenknochens vorhanden sei.

Bei diesen diagnostischen Schwierigkeiten ist die Rathlosigkeit der Therapie leicht zu erklären. Man kann leicht sagen, man solle bei klarer Diagnose lieber zur Resection oder Exarticulation des Hüftgelenks schreiten, als den Verwundeten einem sichern Tode überlassen, aber von der Exarticulation des Hüftgelenks ist es noch nicht erwiesen, ob sie überhaupt einen Platz unter den chirurgischen Operationen verdiene. Die Resection des Hüftgelenks ist bis jetzt noch nie mit Erfolg bei Schussfracturen gemacht worden. Es wird sich erst zeigen müssen, ob sie fähig sei der Kriegschirurgie nützliche Dienste zu leisten. Vermuthlich werden wir abzuwarten

haben, dass diese Resection sich erst in chronischen Fällen noch weiter bewähre, wozu Herr Fergusson in der neuesten Zeit den Anlass gegeben hat. Auch Dr. Esmarch hat kürzlich mit Erfolg die Resection des Schenkelkopfes bei einem chronischen Gelenkleiden eines Erwachsenen gemacht. Ehe wir jedoch nicht beim Kniegelenke, mit Erfolg, die Resection an die Stelle der Oberschenkel-Amputation zu setzen im Stande sind, wird die Reihe schwerlich an das Hüftgelenk kommen, weil hier die Schwierigkeiten noch grösser sind.

Es fragt sich nun, auf welche Weise sterben denn die im Hüftgelenk Verwundeten? — Die meisten an Pyämie, aber glücklicher Weise nicht alle, ich habe in Kolding einen Hauptmann, der, zu Pferde sitzend, bei Veile einen Schuss in die Inguinalgegend nach Aussen von der Arterie bekommen hatte, ganz einfach an der übermässigen Eiterung zu Grunde gehen sehen. Bei diesem waren gleich Anfangs die Erscheinungen eines Schenkelhalsbruches zugegen. Durch eine glückliche Lagerung des Beins, auf einem Planum inclinatum duplex wurden die, Anfangs sehr heftigen, Schmerzen völlig beseitigt. Am Ende der zweiten Woche wurde die Kugel durch einen Einschnitt aus einem Abcess an der Hinterbacke extrahirt. Nach dem, am Ende der vierten Woche, an Erschöpfung erfolgten Tode fand sich ein Tuchstückchen zwischen den Fragmenten des Schenkelhalses; das betreffende Präparat befindet sich in den Händen des Prof. B. Langenbeck. In diesem Falle war ich geneigt, die Resection zu unternehmen, weil ich aus der Beschaffenheit der Eiterung mit um so grösserer Sicherheit auf eine Betheiligung des Hüftgelenks schloss. Der ordinirende Regimentsarzt

war indess anderer Ansicht. Dieser Fall war mir besonders deshalb interessant, weil er nicht mit Pyämie tödtlich endete und zwar aus dem einfachen Grunde, weil der Patient in einem abgesonderten Zimmer lag. Dies war um so wichtiger, weil die Lazarethe von Kolding sich vor allen andern durch ihre Insalubrität auszeichneten.

Es scheint mir deshalb bei allen diesen Verletzungen weniger die Frage zu sein, ob man reseciren oder exarticuliren soll, sondern wie rettet man diese Kranken von den Gefahren der Pyämie, zu der sie begreiflicher Weise sehr disponirt sind? Die Antwort darauf ist sehr leicht; will man einen Kranken der Art retten, so muss man ihn isoliren. Was dann weiter mit ihm geschehen müsse, wird die Zukunft lehren. Lässt der Verlauf des Falles, namentlich die profuse Eiterung mit Sicherheit darauf schliessen, dass ein exspectatives Verfahren keinen Erfolg haben werde, so muss man nach meiner Ansicht die Resection unternehmen. Diese ist deshalb geboten, weil die Lebensfähigkeit des Gliedes durch die Knochenverletzung nicht aufgehoben ist.

Der einzige Fall, in welchem ich die Resection des Hüftgelenks in dem Jahre 1849 vornehmen liess, befand sich nicht unter den zu einem glücklichen Ausgange nothwendigen Bedingungen, er lag in einer grossen Kirche, wo schon viel Pyämie vorgekommen war und starb daran. Die Operation an sich ist keineswegs schwierig, im Grunde genommen leichter, als die Resection des Ellenbogengelenks, besonders in der Eite-

rungsperiode, wo die Verbindungen des Knochens mit den Weichgebilden zum Theil aufgehoben sind.

Schussfracturen der Diaphyse des Femur.

Die Schussfracturen des Femur sind leicht zu erkennen, weil die Continuität in der Regel sogleich aufgehoben ist und Dislocation besteht. Etwas schwieriger ist es schon, den Splitterbruch von einem einfachen Bruche zu unterscheiden, indess kommt nicht sehr viel an auf exacte Diagnose einer begränzten Splitterung, weil sie auf die Behandlung keinen Einfluss hat. Ausgedehnte Splitterungen lassen sich sehr wohl erkennen, theils an der sonderbar gekrümmten oder schlangenförmigen Gestalt des verkürzten Gliedes, an welchem man nicht mehr die beiden Achsen der Fragmente, wie bei einfachen Brüchen, zu erkennen vermag, theils aus der, den Comminutivbrüchen eigenen, Crepitation bei Versuchen die Lage des Gliedes zu ändern. Eiserne Projectile machen leichter ausgedehnte Splitterungen, während die Bleikugeln sich leicht abplatten, nicht bloss an dem unzerbrochenen Knochen, sondern auch zwischen den Fragmenten, so dass sie nicht selten eine Form annehmen, wie ein Stück Wachs, mit welchem man versucht hätte die Fragmente zusammenzukleben. Indess auch Kardätschenkugeln machen zuweilen einfache Fracturen des Femur und Bleikugeln in voller Kraft ihres Fluges, ausgedehnte Splitterungen. Ich habe einen glücklich verlaufenden Fall beobachtet, wo eine, drei Finger breit unter dem Trochanter major, von aussen eindringende Kardätschenkugel einen Bruch erzeugte,

bei dessen Heilung gar keine Splitter zum Vorschein kamen.

Viel schwieriger als die Diagnose der Fractur selbst isl die Erkenntniss ihrer Complicationen mit fremden Körpern und, im untern Drittheil der Diaphyse, mit Splitterungen bis ins Kniegelenk.

Bei der untern Extremität kommt die Verschmelzung der Diaphyse mit ihrer Epiphyse früher zu Stande als bei der obern, deshalb dringen hier die Spalten der Diaphyse leichter bis in die Epiphysen.

Die fremden Körper sind schon wegen der Länge der Schusscanäle nicht leicht zu entdecken, dieses gilt schon von der Bleikugel, welche in ihrer, manchmal ganz veränderten, Form nicht gut von den Fragmenten zu unterscheiden ist, während die Erkennung eines Stückchens Tuchs, welches ebenso nachtheilig wirkt, noch schwieriger ist. Est ist deshalb ein Glück für den Kranken, wenn die Kugel sich selbst ihren Ausweg gebahnt hat, oder an einer Stelle stecken geblieben ist, wo sie leicht erkannt und ausgezogen werden kann.

Bei der Schwierigkeit der Auffindung einer Kugel in dem Schusscanale eines fracturirten Femur ist es an keiner Stelle des Körpers mehr geboten, zuvor die Kleider zu untersuchen, um aus deren Durchbohrung den sichern Schluss zu ziehen, dass ein Projectil in dem Gliede stecke. Die Fractur des Femur und ein Canal, in den man bequem mit dem Finger eingehen kann, beweisen nämlich gar nicht, dass die Kugel auch die Kleider durchbohrt habe. Ich habe diesen Fall mehrmals erlebt, so wie auch den, dass die Ausgangsöffnung so unscheinbar

war, dass sie bei der ersten Untersuchung ganz übersehen worden war.

Bei den Schwierigkeiten, welche die Extraction der fremden Körper bei diesen Fällen oft darbietet, wird sie auf dem Schlachtfelde häufig gar nicht versucht und dann bei schon eingetretener Geschwulst und Muskelretraction in den Lazarethen unternommen, ein Umstand, der mir sehr beachtungswerth zu sein scheint, weil der Zustand dadurch wesentlich verschlimmert wird. Es wird nicht bloss die Zersetzung der Wundfeuchtigkeiten auf diese Weise begünstigt, sondern die Retraction der Muskeln vermehrt und mit ihr die Läsion der weichen Theile durch die Fragmente. Man braucht das Eingehen mit dem Finger und Instrumenten in eine schon gereizte Schussfractur des Femur, in seiner Wirkung, nur einmal beobachtet zu haben, um es vernünftiger Weise nicht zum zweiten Male zu versuchen. Durch Anwendung des Chloroforms könnte man einen Theil dieser Schädlichkeiten beseitigen, aber nicht den andern. Die ausserordentliche Stärke der Muskulatur muss es begreiflich scheinen lassen, dass die Nachtheile jeder unzeitigen Irritation der Wunde beim Femur grösser sein müssen, wie bei allen andern Röhrenknochen.

Es ist bekannt, wie gefährlich im Allgemeinen die Schussfracturen des Femur sind; heftige Entzündung, angreifende Schmerzen, Schlaflosigkeit, profuse Eiterung oder Pyämie reiben viele dieser Kranken auf.

In andern nicht bald tödtlich endenden Fällen macht die Nekrose der Fragmente grosse Schwierigkeiten in der Heilung, erfordert später noch die Amputation, oder wird durch erschöpfende Eiterung tödtlich.

Weniger bekannt scheint es indess zu sein, dass auch Fälle vorkommen, in denen der Bruch ohne alle schlimmen Zufälle verläuft, und die Heilung mit sehr geringer Difformität fast eben so leicht erfolgt, wie bei den gewöhnlichen Fracturen dieses Knochens. Die günstigen Bedingungen, unter denen ich dies beobachtet habe, sind folgende:

1) die Kugel ist wieder ausgetreten;

2) sie hat einen möglichst kurzen Schusscanal gebildet, der sich also mit der Längsachse des Gliedes kreuzt, oder dieselbe nicht sehr schief schneidet;

3) der Schusscanal liegt mehr an der Aussenseite des Femur und ausser Berührung mit den grossen Gefässen;

4) es ist keine ausgedehnte Splitterung eingetreten. In den meisten Fällen, welche ich glücklich habe verlaufen sehen, waren nur wenige oder gar keine Bruchsplitter ausgetreten.

5) Der glücklichste Fall ist der, wo die Kugel die Kleider gar nicht durchbohrt hat; dieser Fall unterscheidet sich nur wenig von einer gewöhnlichen Fractur.

Für die Erhaltung des Gliedes und des Lebens ungünstig sind folgende Verhältnisse, abgesehen von einer Mitverletzung des Kniegelenks:

1) Steckenbleiben der Kugel und anderer fremden Körper in der Nähe der Fragmente.

2) Ein langer Schusscanal in schräger Richtung gegen die Längsachse, welcher eine ausgedehntere Splitterung begünstigt und den Abfluss der Exsudate erschwert.

3) Der Schusscanal nähert sich den grossen Gefässen, oder man entdeckt beim Eingehen mit dem Finger, dass die Knochensplitter die Gegend der Gefässe durchsetzt haben.

4) Es ist eine ausgedehnte Splitterung vorhanden. Diese hat man immer da anzunehmen, wo man dies aus der Form des Gliedes schon erkennt und beim Eingehen mit dem Finger die Verwüstungen wahrnimmt, indem man anstatt die Fragmente zu berühren, in ein Heer von Splittern geräth. Es mag wohl in der grossen Härte des Femur liegen, dass hier die Splitter in so grossem Umfange die Weichtheile durchsetzen, von der ein Anfänger meistens einen zu geringen Begriff hat und deshalb bei einer Amputation an einer Stelle, die er für frei von Splittern hielt, doch noch mit dem Messer zwischen dieselben geräth. Zu den ausgedehnten Splitterungen sind die Fälle nicht zu rechnen, wo neben einzelnen, abgesprengten Stücken, die beiden Hauptbruchstücke deutlich wahrnehmbar sind.

5) In Bezug auf die Erhaltung des Lebens ist die Verletzung um so schlimmer, je mehr sie sich dem Rumpfe nähert.

In Betreff der Behandlung muss ich folgende Regeln aufstellen:

1) Die Ausziehung von fremden Körpern muss vor eingetretener Geschwulst und wenn es nöthig ist, unter Anwendung von Chloroform geschehen. Anhängende Bruchsplitter dürfen nicht entfernt werden.

2) Der Verwundete muss schon auf dem Schlachtfelde sorgfältig verbunden werden und zwar wo möglich nach Beseitigung der Dislocation.

3) Im Lazarethe muss man den ersten Verband so lange wie möglich liegen lassen, wenn die Schmerzen relativ gering sind und die Lage des Beins keine be-

deutende Dislocation verräth. Man soll ihn erst entfernen, wenn er zu übelriechend wird. Schwillt das Glied nachträglich, so müssen die Bänder gelockert werden. In einzelnen Fällen bin ich im Stande gewesen, den ersten Verband bis zum sechsten Tage liegen zu lassen.

4) Wurde die Anlegung eines passenden Verbandes auf dem Schlachtfelde versäumt, so kömmt der Verwundete gewöhnlich mit einem so geschwollenen und verkürzten Gliede in das Lazareth, dass vor der Hand an keinen Verband zu denken ist. Man bringt alsdann den Patienten, wo möglich auf einer guten Matratze, in die Pott'sche Seitenlage, wobei die ganze untere Extremität auf ihrer Aussenseite ruht und der Oberkörper ebenfalls mehr auf der verletzten Seite lagert. Man sagt dem Kranken, dass er jede seiner Bewegungen so einzurichten habe, damit das verletzte Glied dabei nicht aus seiner Lage komme. Eine strenge antiphlogistische Behandlung muss bei allen Patienten dieser Art eingehalten werden. Man muss sich vor Aderlässen nicht scheuen und wo möglich Eisblasen so lange anwenden, als noch Geschwulst vorhanden ist.

Je näher dem Rumpfe die Verletzung Statt findet, desto energischer muss die Antiphlogose sein, denn entzündliche Vorgänge des Oberschenkels in der Nähe des Rumpfes haben sehr schnell Decubitus zur Folge, der die Lage des Kranken unerträglich macht. Diese Antiphlogose ist nicht bloss nöthig, um die Anschwellung der weichen Theile zu beseitigen, sondern um die Nekrose der Fragmente zu verhindern, welche durch Ostitis entsteht und nicht, wie Simon glaubt, der Erschütterung des Knochens zuzuschreiben ist. Wer deshalb nicht zur

Ader lassen will, vermag gegen die nachfolgende Ostitis ausser Anwendung der Kälte nichts Wesentliches zu unternehmen, denn Einschnitte am Oberschenkel sind dabei ziemlich wirkungslos.

5) Erst wenn die Entzündungsgeschwulst sich zertheilt hat, worüber manchmal die ersten beiden Wochen vergehen, darf man daran denken, die Lage des Beins zu verändern, wenn bis dahin die grosse Empfindlichkeit des Gliedes gegen Veränderung seiner Lage nachgelassen hat. Wo eine grosse Empfindlichkeit nicht die Folge von Entzündungsgeschwulst ist, sondern von grosser Reizbarkeit des Patienten und übeler Stellung der Fragmente, kann man die Umlagerung in der Chloroform-Narkose vornehmen. Es lassen sich nach meiner Meinung keine bestimmte Regeln darüber geben, wie ein zerschossenes Femur definitiv gelagert werden soll. Manchmal wird die gerade ausgestreckte Lage besser vertragen, manchmal die auf dem Planum inclinatum, sehr häufig kann man von der Lage auf dem Planum inclinatum in die gestreckte Lage übergehen. Es lässt sich nicht läugnen, dass man, während einer weniger vortheilhaften Stellung der Fragmente, manchmal durch die Consolidation überrascht wird, indess geschieht dies meist in schlimmern, oder Anfangs vernachlässigten Fällen und in der Regel kann man dann die Consolidation der Fragmente als ein Zeichen begrüssen, dass das Leben des Kranken gerettet sei. Die nächste Aufgabe des Arztes wäre also doch gelöst, und es ist wohl keineswegs gerechtfertigt, irgend etwas zu Gunsten der Erhaltung der Form zu unternehmen, was das Leben gefährden könnte.

In Beziehung auf die mechanische Behandlung und

deren, den Umständen anzupassende Wahl stimmen meine Ansichten ganz mit denen von Hennen überein. Guthrie dagegen verlangt mit Entschiedenheit die Nachbehandlung in gestreckter Lage. Seine Resultate sind aber nicht aufmunternd. Von 43, nach der Schlacht von Toulouse ausgewählten, Schussfracturen des Oberschenkels behielten 18 ihr Glied, 12 wurden amputirt, woran 7 starben — im Ganzen starben 20 — und nur 5 von den 18 mit erhaltenen Gliedern konnten als gut geheilt betrachtet werden. Es ergiebt sich wenigstens aus Guthrie's eignen Angaben, dass die Behandlung in gestreckter Lage keine Vortheile in Betreff der bessern Form darbietet. Ich muss deshalb davor warnen, die gestreckte Lage zu erzwingen.

In dieser Beziehung lassen sich die Schussfracturen des Oberschenkels vergleichen mit den Schenkelhalsbrüchen im gewöhnlichen Leben, bei denen die meisten Wundärzte jetzt zu der Ansicht gekommen sind, dass es das Beste sei, auf die Erhaltung der Form nicht so grossen Werth zu legen, sondern sich zu freuen, wenn man das Leben erhält und Consolidation erzielt, was denn doch auf einem Planum inclinatum am besten gelingt. Unter den von uns Geheilten befindet sich kein einziger, der sein Glied mit einem hölzernen zu vertauschen wünschte. Guthrie's Klagen über die schlechten Erfolge der conservativen Chirurgie, welche ihn veranlassten, der Amputation fast überall den Vorzug einzuräumen, sind als übertrieben zu betrachten, weil seine Statistik schon 3 Monate nach der Schlacht von Toulouse aufgestellt wurde; um diese Zeit sind die noch nicht Geheilten meistens sehr ungeduldig und beneiden die

Amputirten, die nicht mehr an's Bett gefesselt sind. Ein Jahr nachher ist es oft gerade umgekehrt.

Unter 15 von mir beobachteten mit geheilten Schussfracturen des Oberschenkels, besitze ich die Notizen von 12 über die Länge der geheilten Extremität; bei einem, der durch einen Fall sein so eben geheiltes Bein zum zweiten Mal brach, beträgt die Verkürzung 5 Zoll; bei einem zweiten 4 Zoll; bei vieren beträgt sie 3 Zoll; bei fünfen 2 Zoll; und bei einem 1 Zoll.

Sind die Verhältnisse günstig für die Anwendung der gestreckten Lage, so bediene man sich der einfachsten Contentiv-Verbände zur Unterhaltung der Länge des Gliedes. Künstliche Extensions-Apparate finden fast nie ihre Anwendung, man muss sich begnügen mit der Extension, welche man während der Erneuerung des Verbandes mit den Händen machen kann und muss in dieser Beziehung nie weiter gehen, als das Befinden des Patienten es erlaubt; sobald der Zustand der noch eiternden Wunden sich verschlechtert, oder der Patient wieder zu fiebern anfängt, muss man alle Versuche zur Coaptation aufgeben und kann sich wenigstens damit trösten, dass nach meiner Erfahrung nach Schussfracturen des Femur nie ein künstliches Gelenk zurückbleibt, wenn auch während der ganzen Dauer der Cur gar kein Verband angelegt wurde. Die Verkürzung kann freilich sehr bedeutend werden, ich habe aber noch gegenwärtig einen Fall vor Augen, wo die Verkürzung fünf Zoll beträgt, und das Glied doch unendlich brauchbarer ist wie ein hölzernes und den Invaliden in den Stand setzt, ein Geschäft zu betreiben und täglich weite Wege zu machen.

6) Während der Dauer der Behandlung darf man weder von Einschnitten, noch von den warmen Umschlägen irgend welche wesentliche Dienste erwarten. Der Nutzen antiphlogistischer Einschnitte, so gross er immer bei subfascialen Entzündungen am Oberschenkel sein mag, ist nur sehr unbedeutend bei Schussfracturen. Dasselbe sehen wir ja auch bei acuter Ostitis femoris; die Einschnitte dringen nicht bis auf den kranken Knochen, ja nicht einmal in dessen Nähe und schaden bei Fracturen vielleicht durch die dabei Statt findende Reizung der Muskeln. Deshalb sei man auch nicht zu freigebig mit Einschnitten zur Entleerung von Eiteransammlungen, sondern erwarte, dass diese sich der Oberfläche genähert haben, alsdann kann man sie durch einen freien Einschnitt öffnen, in den man mit dem Finger eingeht um nach fremden Körpern zu forschen. Man vergesse namentlich auch bei diesen gefährlichen Fracturen nicht, dass die Anwendung der Kälte auch bei vollständig eingetretener Eiterung von grossem Nutzen sein kann und den Heilungsprocess nicht unterbricht.

Untersucht man die Glieder derjenigen, welche mit Ausschluss der Pyämie an erschöpfender Eiterung starben, oder deshalb amputirt wurden, so findet man die ganze Gegend der Fractur in eine grosse Abcesshöhle verwandelt, mit Ausbuchtungen und Eitergängen, in denen wohl noch die abgesprengten Knochensplitter stecken. In diese Höhle hinein ragen die Fragmente, von denen besonders das untere, in andern Fällen das schärfere obere, eine bedeutende Strecke weit von allen Weichtheilen entblösst ist. Diese entblössten Enden sind aber keineswegs in ihrer Totalität nekrotisch, sehr oft er-

streckt sich die Nekrose auf eine ganz dünne Schicht der Corticalsubstanz, welche, in ganz feinen Blättchen abgetrennt, theils noch anhängt, theils frei im Eiter liegt. An den macerirten Knochen besonders erkennt man fast überall, mit Ausnahme der Fragmentenden, die neuen Auflagerungen, welche bei lange andauernder Eiterung stellenweise wieder zu Grunde gegangen sind.

Der übele Einfluss auf das Befinden beruht also nicht in der grossen Ausdehnung der Knochenzerstörung, sondern in der Ablösung der Muskulatur von dem entzündeten Knochen und in der dadurch hervorgebrachten, freien Beweglichkeit scharfer Fragmente, welche die Eiterhöhle fortwährend irritiren und dies um so mehr, je grösser die Reizbarkeit des Kranken durch Schmerzen, schlaflose Nächte, Eiterverlust und Appetitlosigkeit wird.

Durch Reflexkrämpfe des verletzten Gliedes wird unter solchen Umständen das Glied von Tag zu Tage sichtlich kürzer, und wehe dem Kranken, wenn der Arzt nichts dagegen zu unternehmen weiss als Extension und feste Verbände, er oder sein Glied ist dann sicher verloren! Etwas ganz Aehnliches kann man bei acuten Nekrosen des Oberschenkels beobachten, welche bei einer viel ausgedehnteren Knochenzerstörung doch dem Leben nicht gefährlich werden, wenn nicht eine spontane Fractur eintritt, die dann so übele Verschiebungen veranlasst, dass die Fragmente sich in grosse Gefässe einbohren oder die Venen comprimiren, so dass Blutungen entstehen, welche die augenblickliche Amputation erheischen.

Unter solchen Umständen, welche leider durch ungünstige Verhältnisse selbst dann noch herbeigeführt

werden können, wenn der Fall wochenlang sehr günstig zu verlaufen schien, kann der Kranke nur dadurch gerettet werden, dass man sich aller schmerzhaften mechanischen Eingriffe enthält, örtliche Kälte anwendet, durch Morphium die Reizbarkeit vermindert und übrigens nach Indicationen China mit Säure oder letztere allein oder andere Mittel verordnet, welche durch intercurrente Krankheiten indicirt sein können.

Die unter solchen Umständen eintretenden Verschiebungen der Fragmente kann man nach meiner Erfahrung nicht dirigiren, und ich halte Simons Rathschlag, das untere Fragment immer nach Aussen zu leiten nicht bloss für unausführbar, sondern auch schon im Versuche für gefährlich und ganz unvereinbar mit der grossen Schonung, die man complicirten Fracturen überhaupt und diesen, als den gefährlichsten von allen, angedeihen lassen muss.

Verletzungen des Kniegelenks.

Unter Gelenkverletzung im engern Sinne versteht man nur diejenigen, bei welchen die Gelenkkapsel selbst betheiligt ist. Obgleich dieses von systematischen Schriftstellern durchgängig so verstanden wird, so nehmen es doch nicht alle Militairärzte damit so genau und es entstehen dadurch verderbliche Missverständnisse. Wenn deshalb z. B. Dr. Djorup angiebt, dass er die Verletzungen des Kniegelenks nicht so gefährlich gefunden habe wie andere und im Felde öfter Heilung und Anchylose beobachtet habe, wo die Knochenzertrümmerung nicht ausgedehnt gewesen sei, so muss man annehmen,

dass er darunter extrakapsuläre Verletzungen verstanden habe. Bei dem grossen Unterschiede, den gerade am Kniegelenk der Verlauf des Falles durch Betheiligung der Kapsel erleidet, ist es dringend nothwendig, sich den Unterschied der extrakapsulären und intrakapsulären Kniegelenksverletzungen stets zu vergegenwärtigen.

Unter den Invaliden der schleswig-holsteinischen Armee befinden sich 18 mit Verletzung des Kniegelenks, darunter 3 mit Knochenverletzung. Von den letztern war bei Keinem die Kapsel geöffnet.

Die intrakapsulären Kniegelenksverletzungen zerfallen in solche, bei denen

1) nur die Kapsel verletzt worden ist,
2) wo ausser der Kapselverletzung auch die Knochen gelitten haben.

1) Einfache Kapselwunden des Kniegelenks.

Diese sind sehr selten, kommen aber doch vor. Die obere Ausbuchtung der Kapsel kann ohne Knochenverletzung geöffnet sein. Bei extendirtem Kniegelenk kann sehr wohl die alsdann schlaffe Kapsel durch einen Streif- oder Haarseilschuss, ohne wesentliche Betheiligung des Knochens, geöffnet werden, oder die Kapsel wurde von der Kugel so contundirt, dass sie sich in der Eiterungsperiode des Schusscanals nachträglich öffnet, indem ihre nekrotischen Theile sich abstossen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass kleine Verletzungen des Kapselbandes durch eine Kugel wieder zuheilen ohne dass man ihre Gegenwart zu diagnosticiren im Stande wäre, indem sich die verletzte Partie der Synovialmembran durch plastische Auflagerungen verlegt, welche

sich organisiren, wenn die äussere Wunde ohne starke Eiterung zuheilt. Dass diese Auflagerungen in der That sich frühzeitig bilden, habe ich bei einer Stichwunde des Kniegelenks beobachtet, welche binnen drei Tagen durch erste Intention zugeheilt war. Der Patient war dann wieder umhergegangen und bekam eine sehr rapide Eiterung des ganzen Gelenks, welche die Amputation erforderte. Die Diagnose dieser Kapselöffnung ist deshalb sehr schwierig und eigentlich erst dann über allen Zweifel erhaben, wenn die ganze Kapsel sich auftreibt und, bei einem gelinden Drucke auf irgend einen Punct des Kapselbandes, Synovia sich entleert.

Die meisten Aerzte machen sich eine falsche Vorstellung von der Quantität der Synovia, welche in einem gesunden Gelenke enthalten ist und erwarten, dass unmittelbar nach der Verletzung dieselbe zum Vorschein komme; dies ist aber nicht der Fall; erst wenn die Quantität der Synovia sich vermehrt, was freilich oft sehr schnell geschieht, findet dieser Ausfluss statt, der aber bei frühzeitiger plastischer Exsudation fehlen kann. Eine blosse Auftreibung des Kapselbandes durch Synovia, ohne Ausfliessen derselben, kann auch durch blosse Contusion des Gelenks erfolgen und beweist also an sich nicht eine durchdringende Kapselverletzung.

Wenn die Diagnose durch Auftreibung der Kapsel und Ausfluss von Synovia über allen Zweifel erhaben ist, so besteht schon eine hohe Gefahr und die Aufgabe der Kunst bei solchen eindringenden Verletzungen besteht vorzüglich darin, diese sichern diagnostischen Kennzeichen fern zu halten. Man muss daher die Richtung der Wunde vorzüglich ins Auge fassen; die Wunde muss im

frischen Zustande untersucht werden, wo man sich dann am leichtesten durch die Berührung des glatten Knorpels von der bestehenden Perforation der Kapsel überzeugen kann. In einzelnen Fällen giebt der Umstand Aufschluss, dass unmittelbar nach der Verletzung die Kapsel sich auftreibt, was dann auf einen innern Bluterguss mit rascher Vermehrung der Synovia hindeutet, wie man dies auch im gewöhnlichen Leben mitunter bei subcutanen Verletzungen der Kniegelenkskapsel z. B. bei einer Ruptur eines Theils des Extensor quadriceps beobachtet. Bei der Untersuchung solcher Kniegelenkswunden, welche anscheinend bloss die Kapsel getroffen haben, sollte die Untersuchung in derjenigen Stellung vorgenommen werden, in welcher das Glied getroffen wurde, weil der Finger sonst nicht auf denjenigen Theil der articulirenden Flächen geleitet wird, welcher verletzt sein konnte. Darin liegt wieder eine neue Schwierigkeit der Diagnose, denn wenige Stunden nach der Verletzung kann jede Bewegung des Gelenks schon so schmerzhaft sein, dass man die Untersuchung in verschiedenen Stellungen nicht mehr vornehmen kann, man müsste denn etwa Chloroform zu Hülfe nehmen. Nach der Schlacht von Idstedt kam ein Fall dieser Art vor, wo die Eröffnung des Kapselbandes an der Aussenseite der Patella richtig erkannt war, wo die in ausgestreckter Lage des Beins, dahinter liegende Stelle des, den äussern Condylus bedeckenden, Knorpels nichts von ihrer Glätte verloren hatte. Unter Anwendung von Eisumschlägen heilte die Wunde der weichen Theile fest zu, aber in der vierten Woche ging das Kniegelenk in rapide Eiterung über, die Amputation musste gemacht werden und es zeigte

sich nun, dass ein weiter nach hinten gelegener Theil des Condylus einen tiefen Eindruck von der Kugel erhalten hatte, welcher nur bei gebogenem Kniegelenk hervorgebracht sein konnte. Wurde der Verwundete im Vorwärtsschreiten von einer Kugel getroffen, so kann er in der Regel nicht angeben, in welcher Stellung sich das Glied befand. Nicht immer sind die Zufälle einer penetrirenden Kniegelenksverletzung gleich Anfangs bedeutend. Guthrie erzählt einen Fall von einem Officier, der sich noch mehrere Stunden auf dem Schlachtfelde aufhielt mit einer Kniegelenksverletzung, an der er bald nachher starb. Auch ich habe den Fall erlebt, dass der Commandeur eines Bataillons, dem beide Condylen zertrümmert waren, noch eine halbe Stunde lang fortcommandirte. Als er dann vom Pferde auf einen Wagen gehoben war, schnitt er sich mit einem Federmesser die Kugel aus, welche durch beide Condylen gegangen war und über dem innern unter der Haut lag.

Man sieht aus dem Vorhergehenden, mit welchen Schwierigkeiten die Erkenntniss einer blossen Kapselverletzung verbunden sein kann, und dies ist hier um so mehr zu beklagen, da wir bis jetzt nicht berechtigt sind, die conservative Chirurgie weiter als auf die blossen Kapselverletzungen auszudehnen. Auch bei diesen ist eine sehr aufmerksame und energische Behandlung erforderlich, um Glied und Leben zu erhalten.

Nach Guthrie, mit dessen Ansichten über diesen Gegenstand die meinigen fast ganz übereinstimmen, kann man Anfangs zur Ader lassen (Commentaries on the surgery of the War 1853. pag. 93), um eine allgemeinere Reaction im Zaume zu halten, und hat sich nachher vor-

züglich auf die Blutegel zu verlassen, welche man in grosser Zahl (20—40 oder mehr zur Zeit) anlegen lässt, so oft das Glied heiss und schmerzhaft wird, eine Application, die man so oft wiederholt, bis diese Erscheinungen nicht wiederkehren. Ich muss hierzu bemerken, dass die energische Anwendung der Eisbeutel vor den Blutegeln noch den Vorzug verdiene.

Nach der Schlacht von Idstedt fehlte es uns in Schleswig sehr an Blutegeln und doch wurden damals drei unzweifelhafte Fälle von perforirenden Kniegelenksschüssen glücklich ohne Eiterbildung der Synovialhaut und ohne Anchylose geheilt. Zwei dieser Fälle hat Dr. Schwartz pag. 173 seines Werks mitgetheilt, der dritte Fall kam in dem Lazareth im Prinzen-Palais vor, dessen Dirigent Dr. Dohrn war, bei einem dänischen Officier, der sich nach dem Gefechte bei Duvenstedt mit zwei andern dänischen Officieren der Behandlung der gefangenen deutschen Aerzte anvertraut hatte. Bei diesem mussten die Eisumschläge 5 Wochen lang fortgesetzt werden. Man hüte sich in diesen Fällen, wenn es Anfangs gut geht, durch frühzeitige Bewegung, zu reichliche Nahrung und andere Unvorsichtigkeiten die Entzündung wieder anzufachen, und behandle die nachfolgende Reizbarkeit des Gelenks nach den Regeln, wie sie für chronische Synovialhautentzündung bekannt sind.

2) Kapselwunden mit Knochenverletzungen.

Diese zerfallen in

1) Contusionen der articulirenden Enden,
2) Spalten von extrakapsulären Knochenverletzungen, die ins Gelenk führen,

3) Splitterbrüche der articulirenden Enden,
4) penetrirende Kapselwunden mit Knochenverletzung und Zurückbleiben der Kugel und anderer fremden Körper.

Contusionen der articulirenden Flächen sind in diagnostischer Beziehung schon bei den einfachen Kapselwunden erwähnt worden. Es fragt sich nur, ob sie bei genauer Diagnose sofort die Amputation erfordern, oder ob sie wie die einfachen Kapselwunden zu behandeln sind. Nach meiner Ansicht soll man nicht anstehen, die Amputation zu machen, wenn man weder Eis noch Blutegel zur Disposition hat. Unter Umständen, wo die Pyämie den Oberschenkelamputirten sehr verderblich wird, kann es gerathener erscheinen, die Amputation zu vermeiden, wenn man Eis und Blutegel hat. Es ist nämlich kein Grund vorhanden, daran zu zweifeln, dass eine contundirte Knochenstelle zur normalen Vegetation zurückkehre, wenn es gelingt, die Wunde in den Weichtheilen zur baldigen Verheilung zu bringen und einer eiterbildenden Synovialhautentzündung vorzubeugen, denn bei subcutanen Knochencontusionen findet fast ohne Ausnahme diese restitutio ad integrum statt, und nur bei länger dauernder und diffuser Eiterung tritt eine Verjauchung der contundirten Medullarsubstanz ein.

Es ist nun freilich zu erwarten, dass der contundirte Knorpel theilweise zerfallen werde und dass die zerfallenen Gewebstheile sich in der Synovialkapsel verbreiten, indess liegt darin nicht nothwendig eine Veranlassung zur Destruction des Gelenks.

Da ich von jeher die Gelenkkrankheiten zum Gegenstande einer aufmerksamen Forschung gemacht habe, so konnte ich es öfter beobachten, wie bei scrophulösen

Kniegelenksleiden (Ostitis articularis centralis) kleine Durchbrüche zerfallener Exsudate in die Kapsel eintraten, ohne das Gelenk zu zerstören. Ihre Annäherung an die Knorpelschicht kündigt sich an durch die immer zunehmenden, nächtlichen Zuckungen des Gliedes und man kann daraus den baldigen Durchbruch mit einiger Sicherheit prognosticiren. Diese Zuckungen hören dann plötzlich auf und man findet die entsprechende Stelle des Kapselbandes in der Nähe des Knochens, welcher längere Zeit der Sitz eines fixen Schmerzes gewesen war, durch einen Erguss ausgedehnt. Wendet man unter solchen Umständen Eisumschläge an, so kann man die Resorption des Ergossenen, welches doch sicherlich zertrümmerte Gewebe enthält, bewirken und es kann unter übrigens günstigen Umständen Heilung durch Anchylose eintreten.

Es hat mich noch im vorigen Jahre ein junger Mann besucht, den ich 2 Jahre vorher auf diese Weise vor dem Verluste seines Beins bewahrt und dann zur Vermeidung von Rückfällen auf ein Jahr in ein milderes Klima geschickt hatte, dessen Kniegelenk jetzt anchylosirt, aber ganz frei von Spuren der Entzündung ist. In dieser Beziehung ist auch der schon früher erwähnte Fall von Wichtigkeit, wo es gelungen war die Kapselwunde zur Heilung zu bringen, ohngeachtet der Anwesenheit einer Contusion des äussern Condylus. In diesem Falle, wo die übele Wendung eintrat, nachdem Dr. Esmarch und ich den Kranken verlassen hatten, war die Anwendung der Kälte in der dritten Woche unterbrochen worden. Möglicherweise hätte durch längere Anwendung von Eisblasen und Blutegeln das Glied erhalten werden können, denn zertrümmerte Gewebe

bleiben der Resorption zugängig, so lange sie sich nicht durch Berührung mit der Luft zersetzt haben. Möglicherweise liesse sich deshalb die conservative Chirurgie unter günstigen Umständen auch auf einzelne Kapselwunden mit Contusion und Eindruck eines articulirenden Endes anwenden.

Es wird indess nicht erforderlich sein zu besondern Versuchen in dieser Hinsicht aufzufordern, wenn man nur bei den etwa misslingenden Versuchen, Zustände zu heilen, die man für blosse Kapselwunden hielt, die misslungenen Fälle genau untersucht und den anatomischen Befund der Welt mittheilt.

Bei weitem häufiger als blosse Eindrücke der articulirenden Enden, welche man nur da anzunehmen hat, wo die Kugel nicht einmal ihrem ganzen Umfange nach in das Kapselband eingedrungen ist, wie dies jetzt bei den gebräuchlichen Spitzgeschossen gewiss häufiger als früher vorkommt, oder wo die eingedrungene Kugel sofort wieder herausgefallen ist, sind die ausgiebigern Verletzungen bei eindringenden Kapselwunden, besonders wenn die Kugel so tief eindrang, dass sie nicht sofort wieder herausfiel.

Bei jeder Verletzung mit zurückbleibender Kugel, welche möglicherweise ins Kniegelenk eingedrungen sein könnte, darf man es niemals unterlassen, die Wunde sofort mit dem Finger zu untersuchen; findet man dann ein articulirendes Ende oder mehrere von der Kugel verletzt, so muss die Amputation gemacht werden. Ist die Kapsel nicht verletzt, so wird der Zustand der Wunde durch die Untersuchung nicht verschlimmert. Auf die Aussage des Verwundeten, die Kugel sei wieder heraus-

gefallen, darf man selbst dann kein zu grosses Gewicht legen, wenn derselbe eine Kugel vorzeigt, diese kann ihm, wie es öfter vorkommt, von einem Cameraden untergeschoben worden sein, der ihn trösten wollte. Am besten ist es natürlich, wenn diese Untersuchung schon auf dem Schlachtfelde stattfand. Der Lazaretharzt, welcher die Amputation zu machen hat, kann dann zu seiner eigenen Beruhigung die Untersuchung wiederholen, während der Verwundete bereits in der Chloroform-Narkose liegt. Diese Untersuchungen können schwierig sein, aber es genügt die Thatsache, dass die Kugel durch das Kapselband tief eingedrungen und im Gelenke stecken geblieben ist, um die Amputation zu rechtfertigen.

Schwieriger als der vorhergehende Fall sind für die Diagnose folgende, welche ich alle beobachtet habe:

1) Die Kugel, welche neben der Patella eindringt, hat das Kapselband geöffnet, hat dasselbe aber wieder verlassen, ausserhalb desselben eine Knochenverletzung gemacht, der Finger erkennt die Verletzung der Kapsel, er erreicht aber nicht immer die eingedrückte Stelle am Femur. Hier erfolgt Vereiterung des Kniegelenks, welche zur Amputation zwingt.

2) Die Kugel dringt extrakapsulär in ein articulirendes Ende und bleibt darin stecken. Ist sie nicht tief eingedrungen, so kann man sie leicht erkennen und mit sich über die Erhaltung des Gliedes zu Rathe gehen. Ist sie aber tief eingedrungen, so muss man sofort amputiren, weil die Kapsel doch jedenfalls in Mitleidenschaft gezogen werden würde. In Betreff der nicht tief eingedrungenen Kugel lehrt die Erfahrung, dass die Erhaltung des Gliedes am häufigsten gelang, wo die Kugel

seitlich und extrakapsulär in einen Condylus eingedrungen ist. Hier ist die Corticalsubstanz nicht stark und wenn die Kugel nicht tief eindrang, so hat sie keine Splitterung bis in die Kapsel gemacht und man kann sie entweder aus der frischen Wunde extrahiren oder, wenn schon Reaction eingetreten ist, abwarten, ob sie einheilen werde oder, später gelockert, noch entfernt werden könne.

Bei der grössern Härte der Tibia in ihrem ganzen Umfange darf man nicht das gleiche von diesem Knochen erwarten, welcher mehr zu Splitterungen bis in die Kapsel geneigt ist. Leider lässt sich die Entfernung nicht mit Bestimmtheit angeben, bis zu welcher die Tibia von der Kugel getroffen sein müsse, um keine Spalten ins Gelenk mehr zu erwarten, weil dies zu sehr von individuellen Verhältnissen abhängt. Kann man bereits in der Wunde mehr als ein cirkelrundes Loch im Knochen entdecken und daraus auf Spalten schliessen, so muss man die Amputation vorziehen.

Wie vorsichtig man in dieser Beziehung bei der Tibia sein müsse, beweist ein Präparat, an welchem eine streifende Kugel eine Rinne von der Tiefe eines halben Zolls aus der Crista Tibiae dicht unter der Tuberositas Tibiae geschlagen hatte und wo der Zustand Anfangs gar keine besondere Gefahr verrieth, aber nach drei Wochen eine rapide Kniegelenkseiterung die Amputation nöthig machte. Es ergab sich alsdann, dass eine Spalte bis in das Gelenk hinein drang, deren Erkennung früher nicht möglich war. Was von der steckenbleibenden Kugel gilt, gilt in noch höherem Maasse von Kugeln, welche den Knochen ganz durchdrungen haben, wo in der Regel Spalten in die Kapsel dringen.

3) Sehr schwierig sind auch diejenigen Fälle, wo die Kugel in die Kniekehle eindrang und das Gelenk von hinten öffnete, weil hier der Finger theils nicht immer den verletzten Punct der Kapsel erreicht, theils Sehnen sich vorgelegt haben, welche die Täuschung hervorbringen, als sei nur ein ganz kurzer Schusscanal vorhanden. Kann man die verletzte Stelle erreichen, so erkennt man die Eröffnung des Gelenks am leichtesten an dem rechtwinkligen Rande der Tibia. Auch hier ist die Amputation unvermeidlich, da die Eröffnung des Kniegelenks von hinten nicht ohne Knochenverletzung Statt finden kann.

4) Bei Continuitätstrennung des Femur im untern Drittheile ist es schwierig eine Mitbetheiligung des intrakapsulären, articulirenden Gelenkendes zu beurtheilen. Hier kommt uns indess die Erfahrung zu Hülfe, welche lehrt, dass, wenn der Anschlagspunct der Kugel über der höchsten Ausdehnung des Kapselbandes liegt, d. h. mehr als drei Zoll über dem obern Rande der Patella, die Verletzung selten ins Gelenk geht, wenn auch die Kugel direct von vorn auf die Mitte des Femur eindrang. Dringt die Kugel von der Seite ein, so kann man sogar noch weiter herabsteigen, deshalb bieten auch die Fracturen im untern Drittheil bei beschränkter Splitterung doch viele Hoffnung für die Erhaltung des Gliedes und ich habe mehrere glücklich heilen sehen, bei denen eine dicht über der Kniekehle durchgehende Kugel das Femur von hinten gebrochen hatte.

Nach dem was ich schon vorhin über die Splitterung der Tibia gesagt habe, kann man leicht abnehmen, dass man bei Continuitätstrennungen der Tibia die Er-

haltung des Beins nicht versuchen solle, wenn der Anschlagspunct der Kugel sich in der Nähe des Kniegelenks befindet. Nach meinen Präparaten zu urtheilen, würde ich nicht mehr unter dem Knie amputiren, wenn das Projectil nicht wenigstens vier Zoll vom obern Ende der Tibia entfernt getroffen hat.

Die Schussfracturen der Patella mit Eröffnung des Gelenks haben den, nach meiner Meinung etwas unverdienten, Ruf, dass sie nicht immer die Amputation erfordern. Ich habe über diesen Gegenstand keine persönliche Erfahrung, indess ist nach Dr. Esmarch, der schon den Feldzug von 1848 mitmachte, damals ein Fall von gänzlicher Zerschmetterung der Patella glücklich mit Anchylose geheilt worden. Die von Hennen glücklich geheilten 2 Fälle betrafen isolirt liegende Officiere, deren einem er nach und nach 235 Unzen Blut entzog. Guthrie äussert sich sehr vorsichtig über diesen Gegenstand (loco citato pag. 92). Nur wenn die Patella nicht durchschossen, sondern bloss gebrochen ist, hat man Hoffnung, bei einer rigorösen antiphlogistischen Behandlung und kann zuwarten, ehe man amputirt.

Nach dieser Schilderung, in der ich besonders die schwierigen Fälle hervorgehoben habe, darf man durchaus nicht voraussetzen, dass in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose einer bedeutenden intrakapsulären Knochenverletzung sehr schwer sei, sie kann aber jedenfalls dazu dienen, den Anfänger aufmerksam zu machen, und theilweise die selbst von Geübten begangenen Irrthümer in der Diagnose und Prognose der Kniegelenksverletzungen zu erklären. Bequemer als ein solches genaues Eingehen auf die Man-

nichfaltigkeit dieser Verletzungen war die alte Regel, dass man bei allen mit Knochenverletzung verbundenen Schüssen eine Handbreit über und unter der Patella den Oberschenkel amputiren solle, indess wenn man die conservative Chirurgie zu cultiviren wünscht, so ist ein genaueres Eingehen auf die Ursachen der Gefährlichkeit einer Wunde nicht zu vermeiden. Bis jetzt hat die erhaltende Methode nur noch sehr kleinen Spielraum, nämlich bei einfachen Kapselwunden und bei extrakapsulären Knochenverletzungen, ohne Spalten bis in's Gelenk.

Diese Beschränkung derselben beruht in der Heftigkeit der Reaction, welche selbst einfachen Kapselwunden folgt, in der Unmöglichkeit dieselbe dauernd zu beschwichtigen, wenn zertrümmerte Knochensubstanz sich im Gelenke befindet; in der erschöpfenden Eiterung der weiten Synovialkapsel, welche selbst dann noch tödtlich werden kann, wenn die Knochen bereits mit einander verwachsen sind; in der Schwierigkeit des Abflusses selbst bei freien Einschnitten durch die Gelenkbänder und in der Neigung der verletzten Gelenkenden zur Verjauchung der Medullarsubstanz und daraus hervorgehender Pyämie.

In solchen Fällen, wo die Betheiligung des Kniegelenks Anfangs übersehen worden war und sich dann später die Diagnose klarer herausstellt, säume man ja nicht die Amputation vorzunehmen, wenn die Umstände sie nur irgend gestatten.

Es muss hier ein ähnlicher Grundsatz gelten, wie er von Walther und mir für die Arthropyosis aus innern Ursachen aufgestellt worden ist, dass man nämlich die Amputation vornehmen solle, ohne vorher das Gelenk

selbst direct oder von einer Eitersenkung aus, geöffnet zu haben. Die Zersetzung des Eiters in Berührung mit der Luft bei einer so grossen Abscesshöhle bringt eine Blutvergiftung hervor, an welcher der Kranke auch nach der Amputation stirbt, wie ich dies im Felde wenigstens immer gesehen habe.

Da jede Verletzung am Kniegelenk eine energische Antiphlogose zur Erhaltung des Gliedes verlangt, so wird man nicht durch eine zu starke örtliche oder allgemeine Reaction am Amputiren gehindert werden, der Oberschenkel wird nicht mit Eitergängen durchzogen sein, wenn eine durch die ursprüngliche Verletzung bedingte, meistens sehr rapide, Arthropyosis erfolgt, deren subcutanen Durchbruch man niemals abzuwarten hat.

Meine wenigen Versuche die Erhaltung des Gliedes durch vollständige Durchschneidung der Seitenbänder, oder durch Resection zu erzielen, betrafen Fälle, in denen die Amputation den Umständen nach nicht rathsam war, sie haben das Leben nicht gerettet, aber in Betreff des örtlichen Verlaufs gaben sie Aufmunterung und ich würde keinen Anstand nehmen, dieselben wieder aufzunehmen, unter Verhältnissen, wo die Pyämie nicht in Betracht gezogen zu werden braucht. Dr. Knorre in Hamburg hat mit glücklichem Erfolge die Resection des Kniegelenks gemacht, wobei 4 Zoll von den Unterschenkelknochen, welche zerschmettert waren, abgesägt werden mussten. Der Patient, dessen geheiltes Bein ich im Gyps-Abguss gesehen habe, soll sehr gut gehen.

In Betreff der Ausführung der Operation glaube ich, dass man eine zu ausgiebige Trennung der weichen Theile an der vordern Circumferenz vermeiden solle und

dass es besser sei mehr von einer Seite einzudringen, mit Hülfe eines T-Schnitts, dessen Basis längs des hintern Randes des Condylus verläuft, während der Verticalschnitt sich nach Umständen parallel laufend mit der Linie des Gelenks über, neben oder unter der Patella endigt, je nachdem die Knochenverletzung das Femur oder die Tibia betrifft. Diese Methode ist der am Ellenbogen empfohlenen analog, und scheint mir den Vortheil zu gewähren, dass sie die Verbindung des Oberschenkels mit dem Unterschenkel nicht zu sehr einschränkt. Sehr wesentlich ist der längs des Condylus verlaufende Schnitt für den Abzug der Exsudate.

Sie ist natürlich viel schwieriger wie die ausserordentlich leichte Resection bei freier Durchschneidung der vordern Circumferenz, aber doch bei einiger Uebung sehr gut auszuführen.

Verletzungen des Unterschenkels.

Die Indicationen für die Amputation wegen Verletzung des Unterschenkels, welche ich pag. 286 und folgende aufgestellt habe, gehen von dem Grundsatze aus, dass Verletzungen der Fibula allein, wenn sie auch noch so ausgedehnt sind, niemals die Amputation indiciren, wenn nicht das Fussgelenk dabei betheiligt ist. Das Capitulum fibulae communicirt nicht mit dem Kniegelenke, es ist also kein Grund vorhanden, die Amputation zu machen, wenn nicht das Projectil zugleich bei einer Zerschmetterung des Köpfchens das Kniegelenk geöffnet hat. Die ausgedehnten Zertrümmerungen der Tibia allein oder dieser und der Fibula zusammen wür-

den an sich die Amputation nicht bedingen, weil sie die Lebensfähigkeit des Gliedes nicht aufheben; die Erfahrung lehrt aber, dass man bei dem Versuche das Glied zu erhalten, sehr leicht den Kranken verliert, vorzüglich durch Pyämie, und dass in andern Fällen, wo das Glied erhalten wurde, dasselbe weniger brauchbar war wie ein hölzernes. Die Hoffnungen, welche man auf die Continuitätsresection baute, sind täuschend gewesen, sowohl in Bezug auf Lebensrettung als auch in Bezug auf Brauchbarkeit der mit Hülfe der Resection erhaltenen Glieder. Es ist deshalb nicht zu billigen, wenn Guthrie l. c. pag. 147 sagt: — „Da die Knochen des Unterschenkels zugänglicher sind, so kann man sich grössere Freiheiten mit ihnen erlauben und grössere Stücke, oder Theile sogar, davon allmählich wegnehmen, als am Oberschenkel. Ein Unterschenkel sollte deshalb nur selten wegen einer Fractur durch eine Flintenkugel amputirt werden. Man sollte die Splitter in jeder Ausdehnung und Zahl entfernen, und die unregelmässigen Fragmentenden wegsägen, sogar wenn dies an beiden nöthig sein sollte. Wenn ein Knochen des Unterschenkels unverletzt geblieben ist, so wird der Fall verhältnissmässig einfach —".

Dieser Ausspruch, der die von mir verworfene Continuitätsresection empfiehlt, steht im Widerspruch mit Guthrie's eigenen Erfahrungen, wie er sie bald nach Beendigung seiner Feldzüge von 30 Jahren mitgetheilt hat. Vide G. J. Guthrie: Ueber Schusswunden in den Extremitäten, übersetzt von Spangenberg, Seite 225.

In diesen ganz aus der Erfahrung hervorgegangenen Mittheilungen macht Guthrie zahlreiche Einschränkun-

gen der conservativen Methode in Betreff der Verletzungen durch grobes Geschütz und der gleichzeitigen Gefässverletzungen und der Verletzungen beider Knochen durch zwei Kugeln, was denn doch keinen grossen Unterschied bedingt von der durch eine Kugel veranlassten Zertrümmerung beider Knochen. An ausgedehnte Continuitäts-Resection, wie er sie jetzt empfiehlt, hat er früher gar nicht gedacht, und dieselben nicht unter seinen peninsularen Errungenschaften registrirt. Die Gefässverletzungen sind bei den Schussfracturen des Unterschenkels nicht leicht primär zu erkennen, weil die verletzten Arterien nicht immer gleich bluten, und selbst wenn sie erkannt werden und die Blutungen durch Unterbindung an Ort und Stelle gestillt werden, so ist damit nicht Alles abgethan, insofern die Thrombusbildung in den mitbetheiligten Venen mit ihren übelen Folgen dadurch nicht beseitigt wird.

Eine grössere Einschränkung der conservativen Chirurgie in Betreff der Schussfracturen des Unterschenkels schien mir deshalb unerlässlich. Zu den vielen günstigen Bedingungen, welche dazu gehören, um ein Glied zu retten, welches meinen Indicationen nach schon auf dem Schlachtfelde amputirt werden sollte, gehört auch eine Geschicklichkeit der behandelnden Aerzte, wie sie meistens erst im Felde erworben wird, und deshalb ist es gut, dass man hier der conservativen Chirurgie nur ein streitiges Gebiet einräumt, welches im Verlaufe des Feldzuges allmählich erweitert werden kann; dass die Mittel dazu nicht in der Continuitätsresection liegen, scheint aus unserer Tabelle hervorzugehen.

Glücklicherweise ist es allerdings, wie Guthrie sagt, selten, dass eine Flintenkugel beide Knochen des Unterschenkels zertrümmert, doch geschieht dies zuweilen im untern Drittheil und es üben die in den Weichtheilen zerstreueten Splitter einen so nachtheiligen Einfluss auf die Circulations-Verhältnisse, dass die Amputation den Vorzug verdient. Verletzungen der Tibia sind mitunter von Splitterungen begleitet, welche einen Umfang von 5 bis 6 Zoll haben, und werden durch die heftige Reaction selbst dann bedenklich, wenn die Fibula erhalten war. In diesem Falle vorzüglich ist die Möglichkeit der Erhaltung fraglich. Da jedoch im weitern Verlaufe des Falles die Amputation meistens wegen Pyämie gar nicht, jedenfalls aber nur unter sehr ungünstigen Umständen und gewöhnlich nicht mehr am Unterschenkel gemacht werden muss, so kann ich nicht dazu rathen die erhaltende Methode sehr zu bevorzugen. Bei den meisten von uns ohne Amputation geheilten Schussfracturen beider Knochen war die Kugel nicht durch beide Knochen gegangen, und die Splitterungen waren beschränkt.

Diejenigen Fälle von Schussfracturen des Unterschenkels, welche man zu erhalten beabsichtigt, müssen folgendermassen behandelt werden.

Man lagert das verletzte Glied ohne Schienen und Binden auf einer Heister'schen Beinlade, welche mir ein für alle Verletzungen dieser Art unentbehrlicher Apparat zu sein scheint. Die nächste Unterlage des Gliedes bilden einige leinene Compressen, Krankenleder und ein Spreusack.

Die Stelle der Schienen vertreten die mit Spreu-

säcken gepolsterten Seitenbretter. Der Fuss wird an dem Fussbrette des Apparats befestigt. Das einmal gelagerte Glied wird nicht von seiner Stelle gerückt, nicht aufgehoben; um den Verband zu besorgen, klappt man das eine Seitenbrett nieder, reinigt das Glied erst an der einen Seite, lagert die zur Aufnahme der Wundsecrete dienende Charpie auf passende Weise und verfährt dann ebenso an der andern Seite. Ueber dem Gliede suspendirt man an kleinen Reifen, welche an der Lade selbst befestigt sein können, einen oder zwei Eisbeutel, deren Gebrauch man so lange fortsetzt, bis alle Geschwulst verschwunden ist. In Ermangelung von Eis wird eine Irrigation veranstaltet, welche sich sehr gut auf der Heister'schen Lade ausführen lässt, wenn dieselbe so eingerichtet ist, dass man das Kniegelenk in jedem beliebigen Winkel stellen kann. In dieser Lade bleibt das Glied so lange, bis die Heilung weit fortgeschritten ist und man zu einer Einwickelung und dem gewöhnlichen Schienenverbande übergehen kann. In den ersten drei Tagen muss ein oder zweimal zur Ader gelassen werden, was Niemand für überflüssig halten wird, der die ausgedehnten Nekrosen gesehen hat, welche selbst blosse Streifschüsse der Tibia nach sich ziehen, bei denen man unter Vernachlässigung der Aderlässe ein starkes Aufschwellen der weichen Theile und eine schmerzhafte Spannung abwartete, um dann Einschnitte zu machen, welche gegen eine weit ausstrahlende Ostitis alsdann keine entscheidende Wirkung mehr ausüben. Die bei Knochenverletzungen so frühzeitig auftretenden Infiltrationen beweisen, wie schnell in den verwundeten Knochen eine Stase eintritt, welche sich

durch seröse Ergüsse an Theilen zu erkennen giebt, die ihrer Ablagerung kein Hinderniss in den Weg legen. Die Infiltration der Weichgebilde ist also nur ein Symptom der frühzeitig auftretenden Knochenentzündung.

Bei Anwendung von Eisbeuteln wird man wenig Gelegenheit zu antiphlogistischen Einschnitten haben. Wo dies nicht der Fall ist, muss man sie zu Hülfe nehmen, sobald mit dem Eintritt der Eiterung die Zeit der allgemeinen Blutentziehung vorüber ist, oder wenn Eiteransammlungen eine Eröffnung erfordern.

Wer die fortgesetzte Anwendung der Eisbeutel noch nicht versucht hat, wird angenehm überrascht werden durch den Umstand, dass dabei alle operativen Eingriffe unnöthig zu sein pflegen.

Verletzungen des Fussgelenks.

Die Verletzungen des Fussgelenks, welche die Amputation erfordern, sind im Allgemeinen leicht zu diagnosticiren, weil die Wunde leicht untersucht werden kann. Eine Ausnahme davon machen nur diejenigen Fälle, wo die Kugel das Gelenk mehr von hinten oder von unten getroffen hat. Das gute Aussehen des Fusses bald nach der Verletzung veranlasst die Aerzte manchmal, die Wunde für geringfügig zu halten, während doch ausgiebige Zertrümmerungen im Fussgelenke vorhanden sind.

Es ist mir dies mehrmals vorgekommen, wo die Kugel hinter dem einen Knöchel eingedrungen war und entweder im Gelenke stecken blieb, oder nach Zertrümmerung desselben in veränderter Richtung wieder austrat.

In einem Falle war eine Kardätschenkugel durch den Calcaneus eingetreten, nachdem sie an der Ferse eine unscheinbare Hautwunde gemacht, den Astragalus ganz zertrümmert, die Tibia einige Zoll weit gespalten hatte und war im Fussgelenke stecken geblieben. Hier konnte ich den Finger von der Ferse bis ins Fussgelenk führen. Man versäume daher nicht, die Wunden dieser Gegend im frischen Zustande genau zu untersuchen. Für die Verletzungen des Fussgelenks, welche der conservativen Chirurgie anheimfallen, gelten dieselben Regeln wie beim Unterschenkel, doch sind hier, nach vorausgeschickter Aderlässe, die Blutegel von Nutzen. Die Heister'sche Lade und Eisbeutel sind dabei die Hauptsache.

Verletzungen des Fusses.

Die Verletzungen des Fersenbeins heilen selbst wenn sie ausgedehnt sind, ohne Schwierigkeiten. Festsitzende Kugeln soll man nie in der Reactionsperiode gewaltsam entfernen. Dies führt zu sehr langwierigen und hartnäckigen Reactionserscheinungen, die sich besonders durch s. g. Eitersenkungen längs der Sehnenscheiden manifestiren. Die Verletzungen des Tarsus erfordern Anfangs eine allgemeine Antiphlogose, später Blutegel, von Einschnitten ist dabei nicht viel zu erwarten. Auch hier müssen Eisumschläge und Irrigation lange Zeit fortgesetzt werden. Zu warnen ist vor frühzeitiger Anwendung von Cataplasmen, die man jedoch bei Verletzungen des Mittelfusses und der Zehen alsbald in Anwendung ziehen kann, wenn die Kälte dem Patienten lästig wird.

Bei der grösseren Ausdehnung, welche man bei Verletzungen des Unterschenkels dem Gebiete der Amputation einräumen muss, bei der vollständigen Ruhe, welche ein fracturirtes Glied einhalten muss, und endlich bei der lange andauernden Anwendung der Kälte müssen secundäre Blutungen aus den Gefässen des Unterschenkels und des Fusses sehr selten sein. Es sind mir persönlich nur parenchymatös pyämische Blutungen vorgekommen. Wenn bei vorkommenden secundären Blutungen die Erhaltung des Gliedes möglich ist, so müssen dabei dieselben Grundsätze gelten, wie am Arm; die directe Unterbindung muss der indirecten vorgezogen werden. In zweifelhaften Fällen, wo man Ursache hat, den tiefen Eingriff zu scheuen, welcher mit der directen Unterbindung verbunden sein kann, wie dies namentlich bei Schussfracturen der Fall ist, muss man sich nicht scheuen, die so leichte und so wenig verletzende Unterbindung der Femoralis im obern Drittheil, an dem tiefsten Puncte zu machen, wo ihre Pulsationen noch durch die Haut fühlbar sind.

Dagegen muss man nicht vergessen, dass bei Blutungen aus dem Oberschenkel, deren Quelle zweifelhaft ist, die entfernte Unterbindung dicht unter dem Poupart'schen Bande vor dem Abgange der Profunda, welche an Stärke oft der Femoralis wenig nachsteht, gemacht werden müsse.

Künstliche Glieder.

Nach Amputationen des Oberarms thut man am besten, den Wiederersatz dem Geschmacke des Ampu-

tirten und seines Schneiders zu überlassen und alle Ausgaben für künstliche Arme zu vermeiden. Nur nach Amputation des Vorderarms habe ich mitunter eine künstliche Hand machen lassen, deren Daumen sich bei der Extension des Vorderarms ebenfalls extendirte und abducirte, während die übrigen Finger mässig gekrümmt stehen, ein sehr einfacher Mechanismus, welchen ich dem Herrn Instrumentenmacher Hausmann in Freiburg verdanke.

Für den Ersatz der untern Extremitäten sind im Allgemeinen die Stelzfüsse das Beste. In dem schleswig-holsteinschen Kriege war indess die Benutzung künstlicher Glieder unvermeidlich. Man hatte im ersten Feldzuge damit angefangen, und so musste damit fortgefahren werden, wenn man die Amputirten nicht für eine Zeit lang sehr unglücklichen Gefühlen Preis geben wollte; übrigens wirkte es doch auch sehr erheiternd auf frisch Amputirte, wenn ich Gelegenheit fand, sie von Andern besuchen zu lassen, die mit einem schönen künstlichen Beine schon leicht und sicher gehen konnten. Nichts desto weniger muss ich die allgemeine Anwendung künstlicher Glieder für eine unnütze Verschwendung erklären. Die Künstler, welche sich mit deren Anfertigung beschäftigten, bekamen darin bald eine grosse Gewandtheit und verfertigten z. B. bei Verlust des Oberschenkels künstliche Glieder, welche nur 5 Pfund wogen und 25 bis 30 Thaler kosteten, bei denen sämmtliche Hauptgelenke mit Einschluss des Kniegelenks beweglich waren. Es wurde dabei vorzüglich das künstliche Bein der Demoiselle Eichler zum Muster genommen, dessen Mechanismus ich auch auf die am Unterschenkel Ampu-

tirten anwendete, welche mit gebogenem Knie gingen, so dass die Flexion unterhalb des Kniegelenks stattfand.

Bei der Vertheilung dieser künstlichen Glieder gebrauchte ich die Vorsicht, dieselben erst zu bezahlen, nachdem die Amputirten eine Zeit lang davon Gebrauch gemacht und dem Künstler ein Attest ausgestellt hatten, dass sie vollkommen befriedigt seien.

Trotz dieser allgemeinen Befriedigung zweifle ich nicht daran, dass die meisten künstlichen Glieder mit der Zeit den Stelzfüssen Platz gemacht haben werden, wenn nicht der von Manchen angeführte Grund entschieden hat, dass sie mit einem künstlichen Beine besser als mit einem Stelzfusse auf kothigem Wege fortkommen könnten.

Ausser dem künstlichen Gliede erhielten die Meisten auch einen Stelzfuss, der von Vielen mit Verachtung behandelt wurde.

Statistische Tabellen.

Nachdem Dr. Niese, früher Generalarzt der schleswig-holsteinschen Armee, der mich in dieser Eigenschaft während der Feldzüge von 1849 und 1850 treulich unterstützte, in einem besondern Werke eine Statistik über sämmtliche Schwerverwundete und Gestorbene der schleswig-holsteinschen Armee schon im Jahre 1852 herausgegeben hat, habe ich mich darauf beschränkt, ein Paar Tabellen folgen zu lassen, von denen die eine zur Erläuterung des Textes dienen, die andere, welche die Invaliden betrifft, zum Beweise dienen kann, dass die als geheilt angeführten wirklich vorhanden sind. Den Theil der Tabelle über die Resultate der Knochenverletzungen der Extremitäten, welcher sich auf das Jahr 1848 bezieht, verdanke ich der Güte des Königl. Preussischen Generalarztes Dr. Klatten; den Rest hat Dr. Esmarch aus sämmtlichen Krankenjournalen unserer ambulanten Hospitäler extrahirt.

Die Liste von 1848 enthält nur eine geringe Zahl Schleswig-Holsteiner, sondern vorzugsweise Verwundete anderer deutschen Contingente und Dänen.

In den beiden Listen von 1849 und 1850, welche sich ebenfalls auf alle Verwundete beziehen, die in den ambulanten Hospitälern der beiden Herzogthümer Holstein und Schleswig, so wie in Colding von deutschen Aerzten behandelt wurden, und weder Gefangene noch zufällig Verwundete ausschliessen, ist die Zahl der Schleswig-Holsteiner bei weitem überwiegend. Unter diesen Umständen wird man keine Uebereinstimmung zwischen den Zahlen der vorhandenen Invaliden und den als geheilt in der ersten Tabelle angegebenen erwarten dürfen. Unter der Zahl der leichter verletzten Invaliden finden sich sogar mehr als in der Tabelle №. I, welche in Lazarethen behandelt worden sind, die dem Kampfplatze fern lagen, und deren Journale nicht mit berücksichtigt worden sind.

Tabelle I. Im Jahre 1848 waren, wie ich pag. 195 bereits angeführt, die äussern Umstände und die Resultate der grössten Operationen nach der Schlacht von Schleswig am günstigsten; von 20 am Oberschenkel Amputirten starben aber doch 9. Im Jahre 1849 kommen die viel ungünstigern Resultate vorzüglich auf Rechnung der Schlacht bei Friedericia, wo, nach einem tumultuarischen Kampfe, die meisten Verwundeten 3—4 Meilen weit auf schlechten Wegen transportirt wurden und in Lazarethen untergebracht werden mussten, die schon lange benutzt worden waren.

Im Jahre 1850 stellt sich, ungeachtet des fortwährenden Missgeschicks der schleswig-holsteinschen Armee, doch ein besseres Verhältniss heraus, weil nach der Schlacht von Idstedt die meisten Schwerverwundeten in Schleswig blieben. Die Resultate würden noch besser

ausgefallen sein, wenn dieser Feldzug nicht mit dem Sturme auf Friedrichsstadt geendet hätte, wo die Verhältnisse denen ähnlich waren, wie sie bei Friedericia Statt fanden, so dass von 7 Oberschenkelamputirten kein Einziger gerettet wurde.

Allgemeine Statistiken über die Resultate der Behandlung sämmtlicher Verwundeten haben in chirurgischer Beziehung nur geringen Werth, wegen der ausserordentlichen Verschiedenheit in der Bedeutung der Verletzungen bei den einzelnen Gefechten. Ein Paar wohlgezielte Kardätschenschüsse können die Zahl der Schwerverletzten über alles Verhältniss steigern. Jedes einzelne Gefecht hat deshalb sein besonderes Verhältniss von Schwer- und Leichtverwundeten. Deshalb muss man sich in der Regel begnügen, die Resultate der grossen Operationen zum Massstabe des Ganzen zu nehmen, wobei man indess nicht zu übersehen hat, dass die Leichtverletzten keineswegs in Bezug auf ihre Mortalität durch Verhältnisse afficirt werden, welche den am schwersten Getroffenen verderblich werden.

Tabelle II. Die Invaliden der ersten Rubrik, 714 Verwundete, habe ich im Verlaufe des Werks deshalb mehrere Mal citirt, weil ich über jeden Einzelnen derselben ein genaues Protocoll besitze, welches ein Mitglied der Invaliditäts-Commission, der frühere Oberarzt und jetzige Professor Dr. Kirchner, entworfen hat. Die betreffenden Officiere sind von mir selbst zur Pension vorgeschlagen worden.

Ueber die anderweitig pensionirten Invaliden, deren Verstümmelungen indess grösstentheils sehr augenscheinlich sind, besitze ich weniger genaue Nachrichten.

Die Gesammtzahl der von der Invaliditäts-Commission für erwerbsunfähig erklärten Invaliden betrug 887. Davon wurden invalide durch Verletzungen 714; durch andere Ursachen 173.

Von der Gesammtzahl wurden 549 für lebenslänglich, die übrigen 238 für ein oder mehrere Jahre erwerbsunfähig erklärt.

Von 549 wurden 97 für gänzlich (1), 149 grösstentheils ($^3/_4$), 199 grossentheils ($^1/_2$) und 104 theilweise ($^1/_4$) erwerbsunfähig erklärt.

Die volle Pension (1) für einen Gemeinen betrug 150 Mark.

Tab. I. Resultate der Knochenverletzungen der

	Im Jahre 1848.	
	Geheilt.	Gestorben.
Schultergelenk ohne Operation	—	—
Exarticulat. humeri	4	1
Resect. capit. humeri	6	1
Oberarm ohne Operation	—	—
Amputat. humeri	10	2
Resectio humeri	3	1
Ellenbogengelenk ohne Operation	—	—
Resectio cubiti	2	—
Beide Vorderarmknochen ohne Operation	—	—
Radius ohne Operation	—	—
Ulna dito	—	—
Amputatio antibrachii	6	—
Handgelenk ohne Operation	—	—
Resectio radii	4	—
Resectio ulnae	2	—
Exarticulatio manus	1	—
Hand und Finger ohne Operation	—	—
Amputatio cum Exarticulatio digitorum	5	—
Hüftgelenk ohne Operation	—	—
Fractura colli femoris ohne Operation	—	—
Exarticulatio femoris	1	4
Resectio capitis femoris	—	—
Oberschenkelknochen ohne Operation	2	—
Amputatio femoris	17	18
Resectio femoris	—	1
Kniegelenk ohne Operation	1	—
Resectio genu	—	—
Tibia und fibula zusammen ohne Operation	—	—
Tibia allein	—	—
Fibula allein	—	—
Amputatio cruris	8	6
Resectio cruris	1	2
Resectio tibiae	3	2
Resectio fibulae	2	1
Fussgelenk ohne Operation	—	—
Amputatio pedis (Syme)	1	1
Fuss ohne Operation	—	—
Exarticulatio pedis (Chopart)	1	—
	80	40

Extremitäten mit und ohne Operation.

Im Jahre 1849.		Im Jahre 1850.		Summa.	Geheilt.	Gestorben.	Bemerkungen.
Geheilt.	Gestorben.	Geheilt.	Gestorben.				
—	3	3	2	8	3	5	
—	1	3	1	10	7	3	
3	2	3	4	19	12	7	
3	1	21	4	29	24	5	
9	13	16	4	54	35	19	
2	3	—	—	9	5	4	
2	—	1	—	3	3	—	
16	4	18	1	41	36	5	
3	—	5	—	8	8	—	
6	—	11	—	17	17	—	
10	—	12	1	23	22	1	
3	2	3	—	14	12	2	
1	1	1	—	3	2	1	
1	—	—	—	5	5	—	
—	—	—	—	2	2	—	
—	—	—	1	2	1	1	
15	—	17	1	33	32	1	
10	—	1	—	16	16	—	
—	—	—	—	—	—	—	
—	1	—	4	5	—	5	
—	2	—	—	7	1	6	
—	1	—	—	1	—	1	
5	4	7	10	28	14[4])	14	
16	31[1])	18	28	128	51	77	
—	2	—	—	3	—	3	
—	7	4	12	24	5	19	
—	—	—	1	1	—	1	
3	—	4	1	8	7	1	
7	1	18	1	27	25	2	
4	2	16	1	23	20	3	
7	7[2])	13	5[3])	46	28	18	
—	—	—	—	3	1	2	
—	2	—	—	7	3	4	
—	—	—	—	3	2	1	
3	2	13	3	21	16	5	
1	1	—	—	4	2	2	
7	1	9	1	18	16	2	
1	1	—	—	3	2	1	
138	95	217	86	656	435	221	

1) Davon 2, denen beide Oberschenkel amputirt wurden.

2) Davon 1, dem beide Unterschenkel amputirt wurden.

3) Davon 1, dem beide Unterschenkel amputirt wurden.

4) Darunter 4 Dänen, wogegen die Dänen uns 5 Geheilte zurückgegeben haben.

Tab. II.

Invaliden der schleswig-holstein-

	Unter den 714 von der holsteinschen Invaliditäts-Commission untersuchten Invaliden wurden invalide durch		
	rechts.	links.	Summa.
Amputatio humeri	10	9	19
Amputatio antibrachii	3	5	8
Amputatio femoris	13	5	18
Amputatio cruris	7	5	12
Amputatio pedis (Syme)	—	1	1
Exarticulatio humeri	1	1	2
Exarticulatio femoris	—	1	1
Exarticulatio pedis (Chopart)	—	—	—
Resection im Schultergelenk	8	1	9
Resection im Ellenbogengelenk	12	13	25
Schussfractur des Schädels	—	—	24
Schuss in die Weichtheile des Schädels	—	—	3
Schussfractur des Gesichts	—	—	36
Verlust eines Auges durch Schuss	4	9	13
Schussfractur der Rippen	—	—	—
Penetrirende Brustschüsse	—	—	8
Penetrirende Bauchschüsse	—	—	4
Schussfractur des Beckens	—	—	4
Schussfractur des Os sacrum	—	—	4
Schussfractur der Spina dorsi	—	—	21
Schussfractur der Schulter	—	—	—
Schussfractur des Oberarms	21	20	41
Schussfractur des Cubitus	6	5	11
Schussfractur des Vorderarms	21	21	42
Schussfractur der Hand und Finger	36	37	73
Schussfractur des Femur	17	19	36
Schussfractur des Kniegelenks	1	2	3
Schuss in die Weichtheile des Knies	3	12	15
Schussfractur des Unterschenkels	36	26	62
Schussfractur des Fusses	13	14	27
Leichtere Schusswunden	—	—	189
	—	—	714

schen Armee durch Verletzungen.

Unter den anderweitig pensionirten 110 Invaliden der schleswig-holsteinschen Armee wurden invalide durch			Unter den 49 invalide gewordenen Officieren u. Militair-Beamten der schleswig-holst. Armee befanden sich invalide durch			Summa.			Bemerkungen.
rechts.	links.	Summa.	rechts.	links.	Summa.	rechts.	links.	Total.	
4	4	8	2	—	2	16	13	29	Mit Ausnahme von 2—3 Fällen, sämmtlich von deutschen Aerzten amputirt.
—	2	2	—	—	—	3	7	10	
8	6	14	1	1	2	22	12	34	
6	5	11	—	—	—	13	10	23	
—	—	—	—	—	—	—	1	1	
—	—	—	—	—	—	1	1	2	
—	—	—	—	—	—	—	1	1	Sämmtlich von deutschen Aerzten operirt.
—	1	1	2?	—	2	2?	1	3	
—	—	—	—	—	—	8	1	9	
—	2	2	1	—	1	13	15	28	
—	—	6	—	—	3	—	—	33	
—	—	—	—	—	—	—	—	3	
—	—	1	—	—	—	—	—	37	Oberkiefer oder Unterkiefer betreffend.
1	1	2	—	—	—	5	10	15	
—	—	—	—	—	3	—	—	3	
—	—	—	—	—	5	—	—	13	
—	—	—	—	—	—	—	—	4	
—	—	—	—	—	2	—	—	6	
—	—	—	—	—	—	—	—	4	
—	—	—	—	—	—	—	—	21	
—	—	—	—	1	1	—	1	1	
3	1	4	—	3	3	24	24	48	24 mit vollständig. Continuitätstrennung.
—	—	—	—	—	—	6	5	11	3 penetrirende Schussfractur.
1	3	4	—	—	—	22	24	46	Mit Continuitätstrennung einer oder beider Diaphysen.
3	6	9	2?	—	2	41	43	84	
1	3	4	2	—	2	20	22	42	15 mit vollständiger Continuitätstrennung, darunter 5 von dänischen Aerzten geheilte.
—	—	—	—	2	2	1	4	5	
—	—	—	—	—	—	3	12	15	
4	2	6	—	1*)	1	40	29	69	52 mit vollständiger Continuitätstrennung eines oder beider Knochen.
1	2	3	—	—	—	14	16	30	
—	—	33	—	—	17	—	—	239	*) Durch eine Kanonenkugel.
—	—	110	—	—	48	—	—	869	

| | | |

Register.

Seite

Abscesse, lobuläre, Entstehung derselben..... 255
Abscessus cerebri..... 499
Ambulance, Begriff derselben..... 32
Einrichtung derselben..... 35
Amputation, primäre, Zeitpunct für dieselbe..... 294
des Oberschenkels, Regeln dabei..... 322
Amputationsstelle, Wahl derselben im Allgemeinen.... 315
Amputationen, Anforderungen an eine gute Methode derselben..... 298
Amputationen, Entzündung des Knochenstumpfs nach denselben..... 357
Amputationen, serös-eitrige Infiltrationen nach denselben 357
Verlauf derselben bei Ausschluss der Pyämie.... 356
„ „ unter dem Einflusse der Pyämie 361
Apoplexien, capillare, bei der Hirnerschütterung..... 442
Auge, Verletzungen desselben..... 563
Augenentzündung, contagiose..... 24
„ Behandlung derselben... 25

Bäder, warme, Nutzen derselben..... 392
Bauch, Stich- und Hiebwunden desselben..... 640
Bauchwunden, Behandlung derselben..... 645
Becken, Contusionen desselben..... 646
Verletzung desselben..... 646

Seite

Becken, Verletzung desselben und der von ihm eingeschlossenen Eingeweide 655
Verletzung desselben, besondere Regeln für die Behandlung 655
Verletzungen der Knochen desselben 648
Knochenverletzung, Behandlung derselben 651
Schüsse in die Weichtheile desselben 646
„ „ „ „ „ Erscheinungen dabei 647

Blase, Verletzung derselben 657
Blutentziehungen, allgemeine, Nutzen derselben 380
Blutgefässe, Verletzung derselben 89
Blutsäcke des Schädels 473
Blutstillung bei Amputirten 348
Blutungen aus der Diploë 478
den Arterien 105
Stillung derselben 107
und Blutstillung 103
der Venen 103
phlebostatische 115
secundäre, Achtsamkeit auf dieselben 389

Brustwunden, penetrirende, allgemeine Regeln für die Behandlung derselben 618
Brustwunden, penetrirende, Gefahren derselben 606
„ blutige Nath bei denselben. 608
„ Eiterung derselben 610
Veränderungen des verletzten Lungengewebes 611

Cirkelschnitt, einzeitiger, Celsus Methode 300
zweizeitiger, Petit's Methode 302

Cirkelschnitt, Annäherung an den Lappenschnitt, (Brünninghausen's Methode) 306

Cirkelschnitt, Annäherung an den einzeitigen, (Guthrie's Methode) 306
Cirkelschnitt, Annäherung an den zweizeitigen 306
modificirter 306

Seite
Chopart's Schnitt 316
Clavicula, Verletzungen derselben 686

Darmnath, Anwendung derselben 643
Darmwunden, Heilung derselben 635
Behandlung derselben 637
Delirium tremens bei Kopfverletzten 526
Diarrhöen bei hektischen Kranken ohne Pyämie 246
Dünndarm, Verletzung desselben 633

Einschnitte, Nutzen derselben bei entzündlicher Anschwellung der Extremitäten 382
Eis, Nutzen desselben als Antiphlogisticum 383
Eisbeutel, Anwendung derselben 384
Eiter, Eintritt desselben in die Blutmasse 257
Eiterauswurf bei hektischen Kranken ohne Pyämie 245
Eiterdunst, Einfluss desselben auf Gesunde und mit Wunden und Geschwüren Behaftete 221
Eiweiss, Wirkung grosser Verluste desselben durch die Nieren auf den Organismus 247
Elasticität des Schädels 431
Ellenbogengelenk, Verletzungen desselben 697
Emphysem 602
Encephalitis, primäre 488
„ Symptome derselben 488
„ Leichenfund bei derselben 490
secundäre 510
Exarticulation des Handgelenks 331
des Humerus 333
„ „ Contraindicationen für dieselbe 334
Exarticulationen, Anforderungen an eine gute Methode derselben 298
Exarticulation im Hüftgelenk 327
Extremitäten, Verletzungen derselben im Allgemeinen ... 674

Femur, Schussfracturen desselben 716
Fremde Körper, Extraction derselben 275

Seite
Fungus cerebri 498
Fuss, Verletzungen desselben 748
Fussgelenk, Verletzungen desselben 747

Galle, Erguss derselben in die Bauchhöhle 638
Gehirnabscess 500
Gelenk, Verletzungen desselben 170
secundäre Perforation 173
Gelenkresectionen auf dem Schlachtfelde 288
Gerinnungen in den Venen, Metamorphose derselben 253
Wirkung der verflüssigten, bei ihrer Aufnahme in die Circulation 254
Geschosse, Beschaffenheit derselben 47
Propulsion derselben 51
Auffallswinkel derselben 52
Gesicht, Verletzungen desselben im Allgemeinen 573
Gliederablösung, Wahl der Methode derselben im Besondern 316
Gliederablösung am Fusse 316
am Vorderarm 331
am Oberarm 332
am Unterschenkel 318
am Oberschenkel 321
an der Hand 329
Glieder, künstliche 749

Hals, Verletzungen desselben 576
Hand, Verletzungen derselben 705
Indicationen für die Amputation derselben 706
Harnröhre, Verletzung derselben 662
Haut, Verletzungen derselben 55
Hautstreifschüsse 57
Hirncontusion 435
Hirndruck 447
Erscheinungen desselben 460
Ursachen desselben 447

Seite
Hirnentzündung, secundäre, traumatische 519
„ „ Therapie derselben 523
Hirnentzündung, Formen derselben 487
Hirnerschütterung 430
Erscheinungen derselben 437
Hirnquetschung, Verlauf derselben 494
Hirnschwamm 498
Hospitalbrand, Aetiologie desselben 270
allgemeine Behandlung desselben 271
Bedeutung der constitutionellen Erscheinungen desselben 271
Erscheinungen desselben 267
Folgen desselben 269
Verbreitung desselben 269
Vorsichtsmaassregeln gegen denselben 271
Hüftgelenk, Resection desselben 715
Verletzungen desselben 711
Hüftgelenkverletzungen, Diagnose derselben 712
Verlauf derselben 714
Humerus, Splitterung desselben 693
Schussfracturen der Diaphyse desselben 696
Hyperästhesie, traumatische, Therapie derselben 84

Jauche, Eindringen derselben in die Circulation 259

Indicationen, allgemeine, zur Amputation oder Exarticulation auf dem Schlachtfelde 280
Indicationen, specielle, für Amputation oder Exarticulation auf dem Schlachtfelde 283
1) an den obern Extremitäten 283
2) an den untern Extremitäten 285
Indicationen, therapeutische, bei der Hirnerschütterung . 444
Irrigator, Einrichtung desselben 392
Irrigationen, Anwendung derselben 383

Kniegelenk, Contusionen der articulirenden Flächen 733

Seite
Kniegelenk, Verletzungen desselben..... 727
einfache Kapselwunden desselben..... 728
Kapselwunden mit Knochenverletzungen..... 732
Kniegelenksverletzungen, Diagnose derselben..... 736
Arten derselben..... 732
Behandlung derselben..... 741
Knochenentzündung nach Amputationen, Behandlung derselben..... 360
Knochen, Verletzungen derselben..... 153
Contusionen..... 154
Theilung der Kugel an einem scharfen Knochenrande..... 159
Einklemmung der Kugel zwischen 2 Knochen.... 159
Fühlbarer Eindruck des Knochens durch eine Kugel 160
Steckenbleiben der Kugel im Knochen ohne ihn zu splittern..... 162
die Kugel schlägt ein Stück aus dem Knochen... 163
die Kugel dringt durch den Knochen ohne dessen Continuität ganz aufzuheben..... 165
die Kugel fracturirt den Knochen einfach subcutan 167
die Kugel zerbricht den Knochen in unzählige Splitter..... 168
die Kugel durchdringt den Knochen und splittert ihn in auf- oder absteigender Richtung oder in beiden in grossem Umfange..... 169
die Kugel fracturirt den Knochen, wird dann aber von dessen Fragmenten in mehre Stücke geschnitten..... 170
Kopfrose, traumatische..... 465
Kopfverletzte..... 528
Behandlung derselben..... 554—562
durch Schusswaffen, Behandlung derselben..... 538
Reaction des Gehirns und seiner Häute bei denselben 483
anatomische Läsionen bei denselben..... 484
Typhus bei denselben..... 525
Delirium tremens bei denselben..... 526

Seite

Kopfverletzte, pyämische Entzündungsprocesse bei denselben 507
Kopfverletzungen, Analyse der Erscheinungen, welche ihnen folgen können 429
Kopfverletzungen 397
verschiedene Arten derselben 401
1) Die Kugel geht durch den Kopf 401
2) Die Kugel dringt bis in das Gehirn 403
3) Die Kugel bleibt in der Schädelwunde stecken 408
4) Die Kugel hat sich in der Schädelwunde zerschnitten 411
5) Die Kugel zerbricht beide Tafeln der Hirnschale 412
6) Die Kugel zerbricht die innere Tafel ohne die äussere zu lädiren 419
7) Die Kugel verletzt nur die äussere Tafel .. 423
8) Die Kugel contundirt den Schädel, ohne ihn zu zerbrechen 424
9) Die Kugel verwundet die Kopfbedeckungen allein 426
Krätzkranke, Kurmethode derselben 29

Lappenschnitt, von aussen nach innen, Langenbeck's Methode 309
Lappenschnitt von innen nach aussen 312
„ „ „ „ Cautelen dabei 312
nach Langenbeck, vortreffliche Eigenschaften dieser Methode 310
Laxantia, Anwendung derselben 387
Lazarethwesen 12
Leber, Verletzung derselben 617
Luftveränderung, Nutzen derselben 394
Lungenverletzung, Diagnose derselben 602

Magen, Verletzung desselben 632
Mastdarm, Verletzungen desselben 668

Seite

Medulla spinalis, Verletzungen derselben..... 672
Metacarpus-Knochen. Verletzung derselben..... 706
Miasma, pyämisches, Wesen desselben..... 249
„ Entwickelung desselben..... 250
Militairärzte, Eintheilung derselben..... 4—8
Rangverhältnisse derselben..... 8—9
Militairsanitätswesen, Ausrüstung desselben..... 10
Morphium, Anwendung desselben als Antiphlogisticum... 387
Muskeln und Aponeurosen, Verletzungen derselben..... 58

Nachbehandlung bei Amputirten..... 354
Nase, Verletzungen derselben..... 567
Nerven, Erschütterung derselben..... 59
Irritation..... 63
Quetschung..... 66
Continuitätstrennung..... 74
Entzündung..... 87
Nervensystem, Verletzung desselben..... 59
Netz, Vordringen desselben..... 641
Netzvenen, Entzündung derselben..... 642
Niere, Verletzung derselben..... 638
Nieren, Mitleidenschaft derselben bei langwierigen Eiterungen..... 246

Oberkiefer, Verletzungen desselben..... 568
Oberschenkel, Schussfracturen,
1) Complicationen derselben..... 717
2) günstige Bedingungen zur Heilung derselben 719
3) ungünstige Verhältnisse für dieselben.... 719
4) Regeln für die Behandlung derselben.... 720
5) Notizen über die Länge der geheilten Extremität..... 724
Oel- und Charpieverbände, Anwendung derselben..... 390
Ohr, Verletzungen desselben..... 565
Operationen, hämostatische..... 129
der Unterbindung, practische Regeln..... 141

Seite
Operationen, der Unterbindung, Cautelen, operative..... 147
grössere chirurgische, auf dem Schlachtfelde 279
Operationstypen für Resectionen, Amputationen und Exarticulationen..... 295
Opium, Nutzen desselben bei Darmwunden..... 637
Ostitis cranii, secundäre..... 510
„ traumatica..... 467
„ „ Therapie derselben..... 472
chronische..... 395

Patella, Schussfracturen derselben..... 739
Phalangen, Verletzungen derselben..... 706
Pharmaceutisches Personal..... 9
Phlebitis encephalica..... 507
Erscheinungen derselben..... 509
Therapie derselben..... 510
Phlegmone, traumatische, der Schädelbedeckungen..... 466
Phosphorsäure, Anwendung derselben..... 387
Pleurasecret, Abfluss desselben nach Aussen..... 612
Putride Stoffe, Wirkung derselben bei ihrem Eintritt in die Blutmasse..... 248
Pyämie..... 223
Formen derselben..... 224
„ „ peracute..... 225
„ „ acute..... 228
„ „ subacute..... 230
„ „ chronische..... 234
Behandlung der metastatischen Abscesse bei der chronischen Form derselben..... 237
Therapie derselben..... 267
Verlauf der chronischen Form..... 239
Momente zur Entstehung derselben..... 240
ihr Verhältniss zur Phlebitis..... 251
bei Schädelverletzten..... 482
Pyothorax..... 592

Seite

Rapportwesen, Wichtigkeit und Zweck desselben..... 41
Reaction, congestive und entzündliche bei Schädelverletzungen..... 464
Resection im Hüftgelenk..... 715
des Humerus..... 695
in der Continuität..... 676
Resectionen im Ellenbogengelenke..... 297
im Schultergelenke..... 296
im Ellenbogen- und Schultergelenk..... 679
Rippenbrüche..... 590
Rücken, Verletzungen desselben..... 669
Rückenwirbel, Verletzungen derselben..... 671

Samenstrang, Verletzung desselben..... 667
Sanitätscompagnie, Bestand derselben..... 36
Sanitätsdienst, Reglements und Instructionen für denselben..... 38
Schädeleindrücke, Verlauf derselben..... 504
Schädelentzündung, secundäre..... 512
Schädeldepression..... 461
Vortheile, dieselbe unberührt zu lassen..... 505
Schädeldepressionen, Behandlung derselben..... 534
statistische Uebersicht derselben..... 536
Schädelverletzte, Therapie derselben..... 487
Schlüsselbein, Verletzungen desselben..... 686
Schulterblatt, Verletzungen desselben..... 688
Schultergelenk, Verletzungen desselben..... 691
Schussfracturen der Extremitäten, Behandlung derselben im Allgemeinen..... 682
Schussfracturen der Diaphyse des Femur..... 716
Schusswunden sind unreine Wunden..... 177
accessorische Einwirkungen auf den Verlauf derselben..... 195
Verlauf derselben im Allgemeinen..... 176
Stadien, welche sie durchlaufen..... 194

Seite
Sequesterlösung, verspätete, Ursache derselben 395
Spätamputationen, Indication dafür 335
1) Brand 336
2) Blutungen 339
3) verzehrende Eiterung 340
4) störende Difformität 341
5) verspätete Diagnose oder Hülfe 341
Stagnationserscheinungen im grossen Kreislauf, Erklärungsgründe dafür 265
Syme's Amputation im Fussgelenke 317
Syphititische Behandlung derselben 30

Tabellen, statistische 752
„ „ I 753
„ „ II 754
Testikel, Verletzung desselben 667
Thorax, Contusionen desselben 586
künstliche Eröffnung desselben 612
penetrirende Wunden desselben 594
„ Stich- und Hiebwunden 594
„ „ „ „ Behandlung derselben 595
„ Schusswunden desselben 596
„ Schusswunden mit Eröffnung der Bauchhöhle 616
Verletzungen desselben 585
Verletzungen der Weichtheile desselben 587
nicht penetrirende Schussfracturen desselben 589
Trepan, Beschränkung desselben 529
Trepanation, Werth derselben 546
Typhus bei Kopfverletzten 525
Typhuskranke, Vertheilung und Behandlung derselben .. 22

Umschläge, warme, Anwendung derselben 388
Unterleib, Verletzung desselben 629
Contusionen desselben 629

Seite
Unterleib, Streif- und Haarseilschüsse desselben..... 630
penetrirende Wunden desselben..... 630
Unterextremität, Verletzungen derselben..... 707
Unterkiefer, Verletzungen desselben..... 569
Unterschenkel, Verletzungen desselben..... 742
Unterschenkelverletzungen, Behandlung derselben... 745
Ureter, Verletzung desselben..... 638

Vagi nervi, Betheiligung derselben bei der Hirnerschütterung..... 437
Varix spurius circumscriptus venae diploëticae traumaticus 475
Ventilation, Nothwendigkeit derselben..... 389
Verband bei Amputirten..... 350
Verbände, Anwendung derselben..... 393
und andere Hülfsleistungen auf dem Schlachtfelde 365
1) bei Verletzungen am Kopfe..... 367
2) „ „ der Oberextremität..... 368
3) „ „ der Brust..... 369
4) „ „ des Abdomens..... 371
5) „ „ der Unterextremität..... 375
Verletzungen der einzelnen Theile..... 397
Vernarbung der Wunde, Mittel dazu..... 391
Vorderarm, Verletzungen desselben..... 701
Vorderarmverletzungen, Behandlung derselben..... 703
Verwundete, Unterbringung derselben..... 31
Behandlung derselben auf dem Schlachtfelde.... 274
Behandlung derselben im Lazareth..... 377
Folgen accessorischer Schädlichkeiten bei denselben 207
Excessive primäre Entzündung bei denselben..... 208
„ secundäre Entzündung bei denselben.. 209
Erysipelas verum bei denselben..... 212
„ phlegmonosum bei denselben..... 213
Pyämie bei denselben..... 214

Seite

Widerstand der getroffenen Theile 53
Wirbelsäule, Verletzungen derselben..... 669
Knochenverletzungen derselben..... 670
Wunden durch Kriegswaffen 45
Wunden, Verhalten derselben bei der Pyämie 262
Wundsecrete, Expulsion derselben und der fremden Körper 189

Zwerchfell, Verletzung desselben..... 616

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Hofbuchdruckerei der Gebr. Jänecke zu Hannover.